UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1970 — N°

LES POLYARTHRITES CHRONIQUES INFANTILES

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE Juin 1970

PAR

BENSALEM Mohamed

Né le 11 Janvier 1938 à Bou Saâda

MEMBRES DU JURY :

MM. M. BENDIB	Professeur de Radiologie Médicale....	Président
B. KHATI	Professeur de Pédiatrie et de Puériculture	Juges
M. C. MOSTEFAI	Maître de Conférence Agrégé de Cardiologie ..	
H. KLIOUA	Maître de Conférence Agrégé de Rhumatologie ...	

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536522_0015

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1970 — N°

LES POLYARTHRITES CHRONIQUES INFANTILES

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE Juin 1970

PAR

BENSALEM Mohamed

Né le 14 Janvier 1938 à Bou Saâda

MEMBRES DU JURY :

MM. M. BENDIB	Professeur de Radiologie Médicale....	Président
B. KHATI	Professeur de Pédiatrie et de Puériculture	Juges
M. C. MOSTEFAI	Maître de Conférence Agrégé de Cardiologie ..	
H. KLIOUA	Maître de Conférence Agrégé de Rhumatologie ...	

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je dédie cette thèse :

- *A mon père*

- *A ma mère*

- *A mes soeurs*

En faible témoignage de ma très grande affection pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

- *A ma femme*

Qu'elle trouve ici l'expression de toute ma tendresse.

- *A mon beau-frère, le Docteur Amar BENSELAMA*

Qu'il trouve ici le témoignage de mon entière affection et de ma reconnaissance.

- *A tous les miens*

- *A mes amis*

- *A ceux qui m'ont été d'une aide précieuse au cours de mes études.*

A notre Maître et Président de Thèse,
Monsieur le Professeur M. BENDIB,
Professeur de Radiologie Médicale

Qui nous a fait l'honneur d'être le président de cette thèse.

En témoignage de notre reconnaissance pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé.

Qu'il soit remercié et assuré de notre profonde admiration et de notre fidèle attachement.

A nos juges,

Monsieur le Professeur B. KHATI
Professeur de Pédiatrie et de Puériculture

Nous tenons à vous remercier pour l'honneur que vous nous faites en siégeant à notre jury de thèse.

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour la bienveillante attention que vous avez eue à notre égard tant durant notre stage dans votre service qu'au cours de l'élaboration de ce travail.

Nous vous prions de croire à notre profond respect et à notre vive reconnaissance.

A Monsieur le Professeur M. C. MOSTEFAI
Maître de Conférences, agrégé de Cardiologie

Nous n'avons pas eu l'honneur de travailler dans votre service mais vous nous avez toujours réservé un accueil cordial quand nous avons eu besoin de votre avis, alliant à vos remarquables qualités d'homme de science un sens profond de l'humain.

Nous sommes très honoré de votre présence dans notre jury et vous assurons de notre profonde admiration et reconnaissance.

Monsieur le Professeur H. KLIOUA
Maître de Conférences, agrégé de Rhumatologie

Nous tenons à vous remercier pour l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant le sujet de cette thèse et pour l'aide inlassable que vous n'avez cessé de nous prodiguer tout au long de son élaboration.

Vous nous avez consacré de longues heures de votre précieux temps à mettre à notre portée les ressources de votre savoir et de votre expérience.

C'est avec émotion que nous vous prions de croire à notre profonde reconnaissance et à notre fidèle attachement.

A Monsieur le Docteur LAOUSSADI

En témoignage de l'aide précieuse qu'il nous a accordée.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère amitié.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine et des hôpitaux d'Alger,

Auprès desquels nous avons toujours trouvé un accueil bienveillant.

A mes camarades de promotion.

A tout le personnel du service de Rhumatologie.

INTRODUCTION

La polyarthrite chronique rhumatismale de l'enfant connaît un regain d'intérêt à la faveur des connaissances cliniques, biologiques, nosologiques qui ont enrichi la polyarthrite rhumatoïde de l'adulte.

Certes, la connaissance de la polyarthrite chronique infantile est ancienne et fut décrite successivement par :

CORNIL	*1864*
LACAZE-DORE	*1882*
PELISSIER	*1889*
DIAMANT-BERGE	*1891*

G. F. STILL, en 1896, décrit une forme particulière de polyarthrite infantile qu'il caractérise par :

- *Début précoce avant la deuxième dentition*
- *L'atteinte prépondérante des filles*
- *Début insidieux avec fièvre persistante et éruptions fugaces*
- *Gonflement articulaire sans atteinte osseuse*
- *Hypertrophie splénoganglionnaire*
- *Atteintes séreuses, surtout péricardiques, parfois pleurales*
- *Evolution par poussées vers la cachexie et la mort.*

Ce tableau clinique, il le distingue du rhumatisme chronique déformant qu'il identifie à la forme commune de la polyarthrite de l'adulte.

Par la suite, le nom de Still désigna non seulement la forme clinique particulière par lui décrite, mais l'ensemble des aspects de la polyarthrite chronique infantile. Cela est dû à la difficulté à faire entrer dans des cadres rigides la diversité des manifestations cliniques et évolutives.

- D'un côté, le Symposium Franco-Italo-Suisse, tenu en 1966, incline à ne considérer qu'une seule et unique maladie avec des modalités évolutives diverses.

- Une position différente est défendue par Debré et Lamy qui confirment, avec plus de rigueur encore, les contours de la maladie de Still, telle que ce dernier l'a décrite, dont ils défendent l'autonomie par rapport à la polyarthrite rhumatoïde

.../..

commune.

- Coste, Delbarre et Labrousse, Chaouat, Bywaters, Stoeber individualisent des types évolutifs bien tranchés sur le plan clinique.

Le débat ne peut être tranché faute de critères biologiques ou anatomo-pathologiques qui donnent à chaque type clinique un cadre spécifique.

Notre étude porte sur 42 cas, provenant de la Clinique Médicale Infantile (Pr. KHATI) et de la Chaire de Rhumatologie.

Les 22 cas de la Clinique Pédiatrique ont été suivis pendant une période moyenne de deux ans.

Les 19 cas, étudiés dans le Service de Rhumatologie, ont été observés pendant quatre ans et demi.

OBSERVATIONS

OBSERV. 1 - Chi., Moh .. 17 ans

Le début de la maladie remonte à 1955, alors que le malade était âgé de 5 ans, marqué par l'apparition brutale d'une polyarthrite fébrile atteignant successivement les genoux et les chevilles, précédée d'une éruption cutanée généralisée à tout le corps.

Le malade est alors soumis à une corticothérapie qui est suivie d'une rémission durable (8 mois). Depuis cette date, il est régulièrement cortisoné à raison de 10 mg/J. pendant 7 ans, ce qui aboutit à une cortico-dépendance.

En 1962, apparaissent des déformations aux genoux, poignets et aux petites articulations des mains.

Depuis cette date, le malade fait 5 séjours au service de Rhumatologie pour des poussées évolutives, entrecoupées de rémissions.

En 1968, depuis un mois, les douleurs articulaires se font de plus en plus intenses et obligent le malade à s'aliter.

A l'examen clinique d'entrée, on note :
- *une marche difficile,*
- *une distance main-sol à 20 cm.*
- *les épaules sont douloureuses et limitées,*
- *les coudes sont le siège d'une nette limitation des mouvements, surtout à gauche,*
- *les poignets sont ankylosés, de même que les métacarpophalangiennes et les interphalangiennes qui sont bloquées en flexion ;*
- *aux membres inférieurs : les hanches sont limitées et douloureuses, ainsi que les genoux et les chevilles qui sont le siège de déformation.*
- *Les pieds sont le siège de déformation et d'ankylose des petites articulations.*
- *Le rachis cervical est raide et limité dans tous les sens.*
- *Il n'y a pas d'anomalies viscérales.*

BIOLOGIE :

- G.R. : 4300000, G.B. : 9.800, Neutropénie à 48 et lymphocytose à 46.

- V.S. accélérée à 52 mm à la 1ère heure.

- Fibrinogène élevé à 7,62 gr. O/00.

- Waaler Rose et latex négatifs, à plusieurs reprises.

.../..

OBSERV. 1 - (2)

RADIOLOGIE :

- Aux membres supérieurs :

- Les épaules présentent un remaniement important de la tête humérale qui est applatie et déminéralisée.

- Les coudes sont le siège d'une atteinte bilatérale et symétrique, plus accentuée à droite qu'à gauche,avec effacement de l'interligne et ostéophytes à gauche.

- Périostite, remaniement et flou de l'interligne à droite.

- Carpite bilatérale très évoluée avec fusion des petits os du carpe, disparition des articulations carpo-métacarpiennes à droite et persistance d'un simple trait à gauche.

- Doigts, en crochets à droite.

- A gauche, desaxation des phalangines et phalangettes, avec soudure des interphalangiennes.

- Aux membres inférieurs :

- Les hanches sont déminéralisées ;

- Les genoux, désaxés en valgum, sont le siège d'une déminéralisation épiphysaire importante, avec pincement des interlignes articulaires. Les condyles fémoraux présentent des géodes. Les épines tibiales sont érodées, les contours épiphysaires sont densifiés. Les cartilages de conjugaison persistent sous la forme d'une double ligne dense par endroits.

- Les pieds sont le siège d'une panarthrite avec soudure de l'astragale et du calcanéum. Les différents os du tarse sont fusionnés sous forme d'un magma, avec disparition des interlignes.

- Le rachis lombaire est le siège d'une déminéralisation; les sacro-iliaques ont toujours été normales.

Enfin, il existe un retard de maturation osseuse : âge osseux de 15 ans pour un âge réel de 17 ans.

En résumé :

Polyarthrite chronique, évoluant depuis 12 ans, chez un adolescent de 17 ans, sans manifestation viscérale, avec d'importantes destructions au niveau des grosses et des petites articulations des membres.

OBS. 1 - CARPITE BILATERALE AVEC ANKYLOSES ET DESAXATIONS METACARPO ET INTER-PHALANGIENNES APRES 12 ANS D'EVOLUTION

OBS. 1 - EPAULE : REMANIEMENT DE LA TETE HUMERALE.
APRES I2 ANS D'EVOLUTION

OBS. 1 - PIEDS : PANARTHRITE : EFFACEMENT DES INTERLIGNES ET FUSIONS OSSEUSES. APRES UNE EVOLUTION DE 12 ANS

OBSERV. 2 - Meh.. Khe .. 11 ans

L'histoire de la maladie remonte à 6 mois chez ce malade, âgé de 11 ans, marquée par une arthrite fluxionnaire au niveau du genou gauche, évoluant d'un seul tenant et pour laquelle le malade a été traité aux salicylés et à la pénicilline, suivie, quelques mois plus tard, de l'atteinte de l'autre genou et des poignets.

A l'examen clinique, on note :

- *au niveau des genoux : une arthrite bilatérale avec l'élément douleur en premier plan.*
- *une limitation douloureuse des mouvements au niveau des poignets.*
- *Au point de vue viscéral :*
  - *une micropolyadénopathie*
  - *un état dentaire défectueux*
  - *au niveau du coeur, un éclat de B1 mais sans altération radiologique ou électrique.*

Le reste de l'examen est normal.

BIOLOGIE :

- *Hémogramme : anémie marquée à 3.000.000, G.B. :8000, la formule leucocytaire est normale.*
- *La V.S. très accélérée à 135 mm., la 1ère heure.*
- *Fibrinogène augmenté à 12,9 g/l. ainsi que les α 2 globulines à 16,6 g.%0.*
- *Le Waaler-Rose montre une agglutination à 1/32.*
- *Absence de ragocytes dans le liquide synovial.*

RADIOLOGIE :

L'étude radiologique objective :

- *une déminéralisation épiphysaire diffuse au niveau des genoux,*
- *un retard de la maturation osseuse au niveau du carpe : âge osseux 8 ans pour un âge réel de 11 ans.*

En résumé :

Il s'agit d'une polyarthrite chez un enfant âgé de 11 ans, avec atteinte bilatérale des genoux et des poignets, un bilan inflammatoire fortement positif, un Waaler-Rose au 1/32 et, radiologiquement, une déminéralisation épiphysaire au niveau des genoux.

OBSERV. 3 - Kaï.. Ism.. 7 ans

Enfant de 7 ans qui présente une arthrite bilatérale des genoux, évoluant sur le mode chronique depuis 1 an, ayant nécessité plusieurs séjours dans les hôpitaux de la région d'Alger.

L'examen clinique montre :

- *une tuméfaction des genoux qui sont globuleux, avec une nette limitation de la flexion active et passive ;*
- *au niveau des poignets : limitation douloureuse des mouvements avec légère tuméfaction;*
- *les hanches sont douloureuses, en fin d'amplitude.*

A point de vue viscéral, on note :

- *des micropolyadénopathies axillaires et inguinales,*
- *une splénomégalie.*

Le reste de l'examen est normal.

BIOLOGIE :

- *Hémogramme normal, avec, cependant, une lymphocytose à 41% ;*
- *V. S. modérément accélérée à 23 mm., la 1ère heure ;*
- *Fibrinogène : 4,40 g/l.*
- *Le latex et le Waaler Rose sont négatifs.*

RADIOLOGIE :

- *Poignets : Petites encoches, au niveau de l'extrémité inférieure du cubitus droit.*
- *Au niveau de la hanche, présence de petites encoches.*
- *Au niveau des genoux, on note un épaississement des parties molles péri-articulaires, avec déminéralisation.*
  - *L'épiphyse fémorale gauche est le siège de remaniements importants, avec effilochage des contours ;*
  - *La rotule est irrégulière et présente une structure osseuse remaniée.*
- *Au niveau du carpe, on note un retard de la maturation osseuse : âge osseux 6 ans pour un âge réel de 7 ans.*
- *Les sacro-iliaques sont normales.*

En résumé :

Polyarthrite chronique, à début polyarticulaire, évoluant depuis 1 an , chez un enfant de 7 ans, avec une atteinte radiologique marquée surtout au niveau des genoux.

OBSERV. 4 - Kaï.. Moh.. 7 ans

Le début de l'affection remonte à l'âge de 5 ans, marqué par un processus inflammatoire évoluant par poussées et touchant les genoux, les chevilles et les poignets.

Le malade est admis, dans le service, 2 ans après le début de ces troubles :

L'examen clinique d'entrée montre :

- *une atteinte prépondérante des poignets et des genoux et, plus modérément, au niveau des doigts et des tibio-tarsiennes de type douleur, déformation et limitation des mouvements.*
- *Il n'y a pas d'atteinte viscérale.*

BIOLOGIE :

Le bilan biologique montre :

- *un hémogramme normal,*
- *une V.S. normale à 3 mm. à la 1ère heure,*
- *Waaler-Rose et latex négatifs.*

RADIOLOGIE :

- *Au niveau des mains, on note :*
  - *Désaxation de l'interphalangienne distale du premier doigt.*
  - *une déminéralisation diffuse.*
- *Une exacerbation de la maturation osseuse : âge osseux 8 ans pour un âge réel de 7 ans.*

En résumé :

Il s'agit d'une polyarthrite évoluant depuis 2 ans, avec atteinte prépondérante des poignets et des genoux, sans altérations radiologiques importantes, en dehors d'une désaxation du premier doigt de la main.

OBSERV. 5 - Aït .. Zoh.. 8 ans

Le début de la maladie remonte à 2 ans, chez une fillette âgée de 8 ans, marqué par une arthrite fluxionnaire au niveau du genou et du coude droits, traitée alors pour RAA.

Un an plus tard, une nouvelle poussée survient, atteignant les deux genoux.

En 1968, apparaissent des troubles oculaires, dûs à une uvéite gauche, la malade est alors admise dans le service de Rhumatologie.

L'examen d'entrée montre :

- Un gonflement, avec limitation des mouvements, au niveau du coude droit.
- Une hydarthrose des deux genoux.

Il existe une éruption cutanée importante, généralisée, accompagnée d'une fièvre intense et oscillante ;
des adénopathies sous-maxillaires, axillaires et inguinales bilatérales, avec splénomégalie et hépatomégalie ;
enfin, un souffle systolique de pointe sans atteinte radiologique ou électrique.

BIOLOGIE :

- *GR : 5.200.000, GB : 5200, avec formule leucocytaire normale.*
- *VS à 40 mm. à la 1ère heure.*
- *Fibrinogène : 7,60 g.%0.*
- *ASLO : 100 unités-Tood.*
- *Waaler-Rose, agglutination au 1/32ème*
- *Recherche de cellules LE, négative.*
- *Absence de ragocytes dans le liquide synovial.*

RADIOLOGIE :

L'étude radiographique objective un épaississement des parties molles au niveau des genoux. Il existe une exacerbation de la maturation osseuse au niveau du carpe.
Age osseux : 9 ans, pour un âge réel de 8 ans.

En résumé :

Il s'agit d'une oligo-arthrite fébrile, avec uvéite et éruption cutanée durable, évoluant depuis 3 ans chez une fillette de 8 ans.

OBSERV. 6 - Kaï.. Naï.. 15 ans

Le début de la maladie remonte à l'âge de 5 ans, chez une jeune fille de 15 ans, marqué par des polyalgies inflammatoires au niveau des articulations des genoux, des chevilles et des poignets, évoluant par poussées, entrecoupées de rémissions, et pour lesquelles la malade a été traitée en ambulatoire.

Parmi ses antécédents familiaux, cinq de ses frères et soeurs présentent une polyarthrite rhumatoïde de type hydarthrodial.

L'examen clinique d'entrée révèle :

- une polyarthrite, localisée aux genoux, chevilles, mains et orteils.
- Il existe une hydarthrose bilatérale au niveau des genoux.
- Les articulations inter-phalangiennes des orteils sont ankylosées.
Il n'y a pas d'atteinte viscérable.

BIOLOGIE :

- *Hémogramme : GR : 4.320.000, GB : 8.000, P.N. 53, Eosinophilie à 9, lymphocytes à 31.*
- *V.S. : normale à 4 mm. à la 1ère heure.*
- *Waaler-Rose et latex : négatifs.*

RADIOLOGIE :

- Image de carpite, avec effacement des interlignes articulaires et une fusion entre le trapèze trapézoïde et grand os.
- Ankylose et déformation au niveau des deux mains de l'inter-phalangienne distale du premier doigt.
- Au niveau des pieds, on note un effacement des interlignes articulaires.
- Les genoux sont le siège d'une déminéralisation.
- Les autres articulations sont indemnes.
- Il existe une exacerbation de la maturation osseuse, avec un âge osseux de 16 ans pour un âge réel de 15 ans.

En résumé :

Polyarthrite chronique chez une jeune fille de 15 ans, évoluant depuis 10 ans, avec une carpite clinique et radiologique, sans manifestation viscérale.

OBSERV. 7 - Meb.. Our.. 16 ans

L'histoire de la maladie débute à l'âge de 8 ans par des douleurs au niveau des genoux puis des tibio-tarsiennes qui sont le siège de fluxions.

Ces douleurs évoluent par poussées et, 8 ans après le début de la maladie, la malade est hospitalisée dans le service.

A l'examen d'entrée, on note :

- une atteinte bilatérale du carpe, des méta-carpo-phalangiennes et des interphalangiennes, avec tuméfaction et ankylose;
- une tuméfaction et des douleurs aux coudes ;
- une hydarthrose bilatérale des genoux ;
- déformation des chevilles, avec tuméfaction douloureuse;
- une adénosplénomégalie.

BIOLOGIE : La biologie montre :

- *Hémogramme : Anémie sévère : 2.800.000, leucopénie : 4.000 et lymphocytose à 45%*
- *Une V.S. très accélérée : 110 mm. à la 1ère heure.*
- *Fibrinogène à 8,55 g/l.*
- *ASLO à 640 Unités Tood*
- *Waaler-Rose : négatif.*

Biopsie synoviale : Poussée évolutive sub-aigüe sur une synovite chronique.

RADIOLOGIE :

- *Carpe : Déminéralisation diffuse du carpe et des doigts. Pincement des interlignes articulaires entre les les différents petits os. Retard de la maturation osseuse : âge osseux 15 ans pour un âge réel de 16 ans.*
- *Colonne cervicale : Fusion des apophyses articulaires postérieures entre C2 C3.*
- *Colonne lombaire : Légère rectitude avec disparition de la lordose lombaire.*
- *Les hanches, les sacro-iliaques et les genoux sont normaux.*

En résumé :

Polyarthrite chronique infantile, à début polyarticulaire, évoluant par poussées depuis 8 ans, avec atteinte clinique et radiologique du carpe et une sérologie rhumatismale négative.

OBS. 7 - BLOC INTER-APOPHYSAIRE POSTERIEUR C2 - C3

OBSERV. 8 - Sad.. Rat.. 8 ans

Le début de la maladie, chez une fillette de 8 ans, remonte à l'âge de 3 ans, marqué par une atteinte du genou gauche, suivie 6 mois après par l'atteinte de l'autre genou, puis des tibio-tarsiennes, atteinte de type inflammatoire, le tout évoluant par poussées.

L'examen clinique d'entrée montre :

- *une atteinte du coude droit, avec limitation des mouvements et extension partielle ;*
- *les hanches sont douloureuses en fin d'amplitude ;*
- *les mouvements actifs, au niveau des genoux, sont limités ;*
- *les tibio-tarsiennes sont douloureuses et tuméfiées, surtout à gauche.*

Il n'y a pas d'atteinte viscérale.

BIOLOGIE :

- *GR : 4.200.000, GB : 10.200, lymphocytose à 58, neutropénie à 35*
- *V.S. : modérément augmentée à 20 mm. à la 1ère heure*
- *Le latex et Waaler-Rose sont négatifs.*

RADIOLOGIE :

- *Au niveau des genoux, on note une déminéralisation des contours des condyles fémoraux, avec irrégularité ;*
- *Au niveau des pieds : Désaxation de la phalange proximale du deuxième orteil gauche ;*
- *Les hanches, les poignets et les sacro-iliaques sont normaux.*

En résumé :

Il s'agit d'une polyarthrite, chez une fillette de 8 ans, évoluant depuis 5 ans, atteignant les genoux, les chevilles, les coudes et les hanches, sans manifestation extra-articulaire ni de sérologie rhumatismale positive.

OBSERV. 9 - All.. Moh.. 17 ans

Le début de la maladie remonte à 1964, alors que le malade était âgé de 13 ans, marqué par une arthrite des genoux, suivie, 20 jours après, par l'apparition de douleurs au niveau des articulations coxo-fémorales et tibio-tarsiennes avec tuméfaction et chaleur locale.

Ces arthrites rendent la marche difficile et obligent le malade à s'aliter, ce qui nécessite son hospitalisation pendant deux mois et demi à la Clinique Aïssat-Idir où il est traité comme un RAA.

- Un an et demi plus tard, soit en 1965, nouvelle hospitalisation à AUBRY, pour les mêmes phénomènes au niveau des membres inférieurs.

- Enfin, il y a 5 mois, soit en 1968, le processus rhumatismal apparaît de nouveau, toujours au niveau des membres inférieurs.

A l'entrée, l'examen clinique montre :

- Tuméfaction et douleur au niveau des articulations des hanches, des genoux, des tibio-tarsiennes et des tarso-métatarsiennes. Leurs mouvements sont douloureux mais non limités.
- Il n'y a pas d'atteinte viscérale.

BIOLOGIE :

- Hémogramme : GR : 3.400.000, GB : 5.300, éosinophilie à 10 avec parasitologie des selles négative.
- La VS est très accélérée à 120 mm. à la 1ère heure.
- Le fibrinogène : élevé à 8 gr.%0.
- Le Waaler-Rose et latex : négatifs.

RADIOLOGIE :

- Hanches : déminéralisation avec légèr pincement de l'interligne articulaire.
- Genoux : déminéralisation sans atteinte des contours.
- Chevilles : déminéralisation sans atteinte de l'interligne articulaire.
- Sacro-iliaques : léger remaniement des berges iliaques sous forme de condensations sans modifications de l'interligne.
- Important retard de la maturation osseuse : âge osseux 11 ans pour un âge réel de 17 ans.

En résumé :

Polyarthrite chronique infantile, évoluant depuis 4 ans, avec coxite et sacro-iliite discrètes, sans atteinte viscérale.

OBS. 9 - RETARD DE LA MATURATION OSSEUSE CHEZ UN ADOLESCENT DE 17 ANS

OBSERV. 10 - Bou .. Lak .. 17 ans

Le début de la maladie remonte à l'âge de 14 ans, chez un adolescent de 17 ans, marqué par des polyarthralgies inflammatoires touchant les genoux, les chevilles et les hanches, ayant nécessité l'alitement puis l'hospitalisation du malade à Bougie.

Depuis une semaine, le malade présente des douleurs lancinantes, permanentes, l'empêchant de dormir, au niveau des genoux, des tibio-tarsiennes et du poignet gauche, avec tuméfaction et chaleur locale.

A son entrée dans le service, l'examen objective :

1°/ La marche est normale ; la distance main-sol est de 5 cm.
2°/ Au niveau des membres supérieurs, le poignet gauche est tuméfié et douloureux à la mobilisation.
3°/ Le genou gauche est tuméfié, mais sans rougeur ni chaleur locale.
4°/ Les autres articulations sont indemnes.
5°/ Il existe une polyadénopathie inguinale bilatérale.

BIOLOGIE : Les examens biologiques montrent :

- GR : 4.200.000, GB : 5.800 avec une lymphocytose à 41, PN : 56
- V.S. accélérée à 75 mm. à la 1ère heure.
- Les réactions sérologiques sont négatives.

RADIOLOGIE :

Il n'y a pas d'atteinte radiologique visible, en dehors d'une légère déminéralisation.

En résumé :

Il s'agit d'un adolescent de 17 ans qui présente depuis 3 ans une polyarthrite touchant les membres inférieurs sans traduction radiologique.

OBSERV. 11 - Sac.. Dal.. 6 ans

Le début de la maladie remonte à un an, soit à l'âge de 5 ans, marqué par l'apparition d'une arthrite fluxionnaire, au niveau de la tibio-tarsienne droite, traitée comme un RAA.

15 jours après l'arrêt du traitement, soit 4 mois après le début de la maladie, les douleurs reprennent au niveau des chevilles, des genoux, des poignets, du rachis cervical. Les atteintes articulaires évoluent d'un seul tenant jusqu'à l'hospitalisation dans le service à l'âge de 6 ans.

L'examen d'entrée montre :

- *Ankylose des deux poignets, avec tumeur dorsale du carpe.*
- *Déformation en coup de vent au niveau des mains et concavite de la deuxième phalange des doigts.*
- *Limitation des mouvements au niveau des coudes (extension limitée à 15°).*
- *Au niveau des membres inférieurs, les hanches et les genoux sont normaux ; la tibio-tarsienne est tuméfiée et douloureuse,*
- *Au niveau du rachis cervical, l'extension est limitée, douloureuse, ainsi que la rotation en fin de course. La flexion est normale.*
- *Sur le plan viscéral : Splénomégalie, avec adénomégalies inguinales, axillaires et cervicales,*

BIOLOGIE :

- *Anémie à 3.100.000, hyperleucocytose : 12.200, PN 60; lymphocytose 32.*
- *VS : accélérée à 40 mm. à la 1ère heure,*
- *ASLO : normaux à 100 unités Tood.*
- *Waaler-Rose au 1/32ème.*

RADIOLOGIE :

- Déminéralisation épiphysaire au niveau des os du carpe, avec fragmentation du noyau épiphysaire cubital.

- Exacerbation de la maturation osseuse : âge osseux 8 ans pour âge réel de 6 ans.

- Le reste de l'examen radiologique est normal.

En résumé :

Polyarthrite évoluant depuis une année, avec adénosplénomégalie ayant abouti à l'ankylose des poignets et une nette limitation des mouvements des coudes.

OBSERV. 12 - Fet.. Fat.. 13 ans

L'histoire de la maladie remonte à l'âge de 6 ans, chez une jeune fille de 13 ans, marquée par l'apparition d'arthralgies au niveau des genoux, des poignets, faisant suite à des angines à répétitions.

Depuis, la malade a présenté plusieurs épisodes inflammatoires, avec atteinte prépondérante des genoux, ayant abouti à une limitation des mouvements aux membres inférieurs.

L'examen d'entrée montre que :

1°/ La marche est difficile et douloureuse :
- *Les genoux sont volumineux avec limitation des mouvements et ébauche d'un genu valgum bilatéral ;*
- *Les tibio-tarsiennes présentent un effacement du relief malléolaire avec limitation du jeu articulaire.*
- *Les hanches sont douloureuses mais non limitées.*

2°/ L'extension des coudes est limitée à 10°.
3°/ Les poignets sont ankylosés et douloureux.
4°/ Une atteinte des interphalangiennes du 4° et 5° doigts avec déformation.
5°/ Il n'y a pas d'atteinte viscérale, hormis un retard pondéral considérable (32 kgs.)

BIOLOGIE :

- *Hémogramme : normal*
- *VS : modérément accéléré à 20 mm.*
- *Sérologie rhumatismale : négative.*

RADIOLOGIE : Le bilan radiologique objective :

Une déminéralisation importante avec présence de petites géodes sous chondrales au niveau du grand os et du trapèze.
- *Disparition des interlignes articulaires, formant un magma entre quelques os du carpe.*
- *Désaxation des articulations inter-phalangiennes du 5ème doigts des deux côtés.*
- *Au niveau des genoux : irrégularité des contours épiphysaires et pincement de l'interligne articulaire du genou gauche dans sa partie interne.*

En résumé :

Polyarthrite infantile, évoluant depuis 7 ans, chez une jeune fille de 13 ans, avec destructions osseuses, marquées surtout au niveau du carpe, sans atteinte viscérale.

OBS. 12 - MAINS : CARPITE BILATERALE. 7 ANS APRES LE DEBUT DE LA MALADIE.

OBSERV. 13 - Tao.. Moh.. 21 ans

Adulte jeune de 21 ans, présentant depuis l'âge de 15 ans une polyarthrite, évoluant par poussées, dont la première, apparue il y a 6 ans, a touché les poignets et les métacarpophalangiennes des 2ème et 3ème doigt et les interphalangiennes des 3ème et 4ème doigts.

5 ans plus tard, le malade présente une nouvelle poussée, avec atteinte atténuée des petites articulations des pieds et une aggravation des lésions antérieures, localisées aux poignets et aux mains. Les phénomènes inflammatoires persistent à leur niveau malgré de fortes doses de corticoïdes, prescrits en ambulatoire.

L'examen clinique d'entrée montre :

- *Au niveau des épaules, des douleurs sans limitation des mouvements ;*
- *Les poignets sont tuméfiés et douloureux à la mobilisation ;*
- *Les mains et les doigts sont déviés en coup de vent cubital ;*
- *Les 2ème et 3ème métacarpophalangiennes, ainsi que les interphalangiennes proximales des 3 et 4ème doigts sont tuméfiées, douloureuses et leurs mouvements limités ;*
- *Aux membres inférieurs, les hanches et les genoux sont normaux. Les chevilles et les pieds sont douloureux, déformés, rendant la marche difficile, voire impossible.*
- *Le rachis cervical est limité et douloureux.*
- *Il n'y a pas d'atteinte viscérale.*

BIOLOGIE :

- *GR : 4.000.000, GB : 5.000 avec formule leucocytaire normale.*
- *V.S. : accélérée à 80 mm. à la 1ère heure.*
- *ASLO : 100 unités*
- *Waaler-Rose positif fortement au 1/512ème.*

RADIOLOGIE : Le bilan radiologique objective :

- *Au niveau du carpe et des doigts, une déformation des interphalangiennes proximales, avec ankylose surtout au niveau des 1er, 2e, 3e et 4ème doigts.*
- *Déminéralisation diffuse au niveau des poignets.*
- *Les interphalangiennes, au niveau des pieds, sont déformées et ankylosées.*
- *La colonne cervicale est le siège d'une déminéralisation, avec bloc inter-apophysaire postérieur entre C2-C3.*
- *Léger pincement discal entre D10 et D11, avec importante condensation des bords antérieurs des vertèbres.*

.../..

OBS. 13 - SACRO-ILLITE BILATERALE ATTEINTE DISCRETE.APPARUE 6 ANS APRES LE DEBUT DE LA MALADIE.

OBSERV. 13 - (2)

- *Léger remaniement sacro-iliaque bilatéral sous forme de condensation des berges articulaires, avec irrégularité et flou de l'interligne.*
- *Persistance des cartilages de conjugaison pour un âge réel de 21 ans.*

En résumé :

Polyarthrite chronique, fortement séropositive, évoluant depuis 6 ans chez un adulte jeune de 21 ans, avec d'importantes destructions osseuses au niveau des poignets, sacro-iliite bilatérale et un bloc apophysaire postérieur C2-C3.

OBSERV. 14 - Bel .. Bac.. 18 ans

Jeune fille de 18 ans chez qui le début de la maladie remonte à 3 ans, marqué par une monoarthrite localisée au poignet gauche, apparue au décours d'une angine. Elle est alors traitée à l'hôpital Parnet comme RAA.

- 6 mois plus tard, nouvelle poussée nécessitant une nouvelle hospitalisation qui dure 6 mois.

- Une troisième hospitalisation est nécessaire lorsque le poignet droit est atteint à son tour.

- Un an et demi après le début de la maladie, cette oligoarthrite se complète par l'atteinte des deux coudes, des genoux et des chevilles; puis, quelques mois plus tard, par l'atteinte des petites articulations des mains : métacarpophalangiennes des 2ème-3ème doigts et interphalangiennes du 3ème doigt.

C'est alors qu'elle est admise dans le service, pour reprise du processus rhumatismal.

L'examen clinique montre :

- Une polyarthrite localisée aux
. genoux qui sont globuleux et le siège d'une hydarthrose,
. chevilles qui sont le siège de fluxions,
. les poignets sont tuméfiés, douloureux, avec ébauche d'une tumeur dorsale du carpe ;
. les doigts sont le siège de déformation au niveau des interphalangiennes des 2ème et 3ème doigts. Les métacarpophalangiennes ont leur extension limitée et douloureuse.

- L'examen viscéral montre des adénopathies: épitrochléennes bilatérale, au niveau du tiers moyen de la face interne du bras, axillaires et inguinales bilatérales.

Les autres atteintes extra-articulaires ne sont pas retrouvées.

BIOLOGIE :
. GR : 3.600.000, GB : 10.000, PN 45 et lymph. 50
. VS : très accélérée à 130 mm. à la première heure
. Fibrinogène à 7,39 g.%0
. ASLO : inférieurs à 100 unités
. Waaler-Rose et latex : fortement positifs à plus du 1/128ème
. La recherche des cellules LE et de ragocytes est négative
. Les réactions sérologiques rhumatismales, au niveau du liquide synovial sont négatives.

.../..

OBSERV. 14 - (2)

RADIOLOGIE :

L'étude radiographique montre : une déminéralisation géodique au niveau des os du carpe mais les interlignes articulaires sont respectés. Un retard de la maturation osseuse : âge osseux de 15 ans et demi pour un âge réel de 18 ans.

En résumé :

Polyarthrite séropositive, évoluant depuis 3 ans chez une jeune fille de 18 ans et qui atteint électivement les coudes, les poignets, les genoux avec hydarthrose et les chevilles, avec adénomégalie généralisée sur sans splénomégalie.

OBSERV. 15 - Bou.. Ahm.. 11 ans

Le début de la maladie remonte à l'âge de 6 ans, chez un garçon âgé de 11 ans, marqué par une arthrite fluxionnaire tibio-tarsienne bilatérale, survenue au décours d'une amydalectomie.

- Un an plus tard, soit en 1965, ces phénomènes gagnent les genoux.

- En 1966, les poignets sont à leur tour atteints, avec tuméfaction et chaleur locale.

- Cinq ans après le début de la maladie, soit en 1969, le malade est hospitalisé dans le service.

L'examen clinique révèle :

- au niveau des poignets, une légère tuméfaction. Leur mobilisation est possible et réveille à la flexion des douleurs bilatérales.
- des tibio-tarsiennes, légèrement douloureuses et tuméfiées.
- Le reste de l'examen est normal.

BIOLOGIE :

- Hémogramme normal.
- VS : normale à 7 mm. à la 1ère heure.
- Waaler-Rose et latex : négatifs.

RADIOLOGIE : L'examen radiographique montre :

- Un début de disparition des interlignes articulaires au carpe gauche ; image de carpite à droite.
- Une déminéralisation diffuse au niveau des pieds.
- Les autres articulations sont indemnes.

En résumé :

Polyarthrite évoluant depuis cinq ans, localisée aux poignets et chevilles, avec d'importantes lésions radiologiques du carpe et sans atteinte viscérale.

OBSERV. 16 - Che.. Nou.. 8 ans

Le début de la maladie remonte à l'âge de 5 ans, marqué par des arthrites fluxionnaires au niveau des mains et des tibio-tarsiennes, évoluant par poussées.

- La malade est traitée comme RAA en ambulatoire jusqu'à son hospitalisation, trois ans après le début de la maladie.

L'examen d'entrée montre :

- une ankylose et une déformation des poignets, réalisant une tumeur du carpe, avec mains déviées en coup de vent cubital.
- les articulations des mains sont atteintes plus modérément.
- les chevilles sont ankylosées, déformées, entravant la marche.
- les orteils sont modérément atteints.
- On ne note pas d'adénosplénomégalie ni d'anomalies viscérales.

BIOLOGIE : On note :

- une anémie à 3.800.000, GB : 10.600, avec formule leucocytaire normale.
- la VS est à 25 mm. à la 1ère heure
- La sérologie rhumatismale négative.

RADIOLOGIE :

- Il n'y a pas d'atteintes osseuses.
- Exacerbation de la maturation osseuse : Age osseux 9 ans pour un âge réel de 8 ans.

En résumé :

Polyarthrite chronique, évoluant depuis 3 ans, avec déformation et ankylose au niveau des poignets et des chevilles mais sans atteintes viscérales ni altérations osseuses radiologiques.

OBSERV. 17 - Bou.. Had.. 12 ans

Le début de la maladie remonte à 4 ans, chez une jeune fille de 12 ans, marqué par une arthrite tibio-tarsienne bilatérale, suivie 10 jours plus tard par l'atteinte des genoux, puis des poignets et des interphalangiennes des 2ème et 3ème doigts de la main droite et du 3ème doigt gauche.

. Cette polyarthrite, traitée en ambulatoire, évolue par poussées entrecoupées de rémissions pendant 4 ans.

. Puis, la malade est hospitalisée dans le service pour reprise du processus rhumatismal.

L'examen d'entrée montre :

- des poignets tuméfiés, douloureux à la mobilisation, avec limitation de l'extension ;
- les coudes et les épaules sont le siège de douleurs, sans limitation des mouvements ;
- au niveau des mains :
. A droite : les interphalangiennes proximales des 2ème et 3ème doigts sont douloureuses et tuméfiées ;
. A gauche : toutes sont tuméfiées.
- Au niveau des genoux : on note un épanchement sans limitation des mouvements ni douleur.
- Les tibio-tarsiennes et les hanches sont normales.
- La colonne cervicale est parfois douloureuse.
- Il existe une splénomégalie avec adénopathies inguinales, bilatérales,et axillaires gauches.

BIOLOGIE :

- GR : 4.100.000, GB : 11.900, PN 67, lymph. 22, monocytes 7.
- VS : accélérée à 40 mm. à la 1ère heure.
- Waaler-Rose et latex négatifs.

RADIOLOGIE :

Il n'y a pas de modification ou de trouble de la maturation osseuse.

En résumé :

Polyarthrite évoluant depuis 4 ans, chez une jeune fille de 12 ans, atteignant les poignets, les mains, les genoux, les chevilles avec adénosplénomégalie, sans manifestations radiologiques.

OBSERV. 18 - Bou.. Mer.. 12 ans

Le début de la maladie remonte à l'âge de 7 ans, marqué par une arthrite fluxionnaire au niveau du genou gauche, précédée d'angines, traitée en ambulatoire à l'occasion de plusieurs poussées.

Ce n'est que 5 ans plus tard qu'elle est hospitalisée dans le service pour une nouvelle poussée inflammatoire, atteignant successivement : le genou gauche, puis le droit, les épaules et les petites articulations des mains.

A l'entrée, l'examen clinique montre :

- *une atteinte prédominante des genoux, surtout à gauche, avec déformation, ébauche de genu valgum et limitation des mouvements ;*
- *des douleurs à la mobilisation active des épaules et des petites articulations des mains ;*
- *une discrète boiterie à la marche ;*
- *des adénopathies inguinales ;*
- *une splénomégalie ;*
- *une denture défectueuse.*

BIOLOGIE :

- Anémie discrète : 3.700.000, GB : 6.900, PN 53, lymph. 36, éosinophilie à 7.
- VS : à 30 mm. à la 1ère heure.
- Fibrinogène à 4 gr.%0.
- Waaler-Rose et latex : négatifs.

RADIOLOGIE :

- *Hanches : affaissement de la tête fémorale dans sa partie interne et bascule des épiphyses fémorales.*
- *Genoux : déminéralisation des épiphyses fémorales avec irrégularité des contours épiphysaires et présence de troubles de l'ossification sous forme de stries condensantes transversales.*
- *Retard de la maturation osseuse : âge osseux 10 ans pour un âge réel de 12 ans.*

En résumé :

Polyarthrite évoluant depuis 5 ans, chez une jeune fille de 12 ans, avec adénosplénomégalie et une atteinte radiologique des hanches et des genoux.

OBS. 18 - COXITE : BASCULE DES EPIPHYSES FEMORALES ET AFFAISSEMENT DE LA TETE FEMORALE DANS SA PARTIE INTERNE. EVOLUTION 5 ANS

OBSERV. 19 - Mek .. Mer .. 12 ans

Le début de la maladie remonte à 6 ans, chez une jeune fille de 12 ans, marqué par une arthrite fluxionnaire atteignant les genoux, les chevilles et les poignets, apparue à la suite d'angines à répétition, accompagnée de fièvre.

Par la suite, les phénomènes inflammatoires gagnent les petites articulations des mains ; elle est alors traitée pendant un mois pour RAA.

Lors d'une nouvelle poussée, elle est admise en Chirurgie Infantile où elle est platrée pendant 15 jours, puis, pendant 4 ans, la malade va errer de service en service avant d'être hospitalisée en Rhumatologie.

L'examen clinique montre :

- *des chevilles limitées et douloureuses ;*
- *des genoux tuméfiés et douloureux en fin de course avec des craquements en sac de noix ;*
- *l'extension des interphalangiennes des 4ème et 5ème doigts est limitée ;*
- *les poignets sont ankylosés;*
- *les coudes ont une extension limitée ;*
- *l'extension du rachis cervical est limitée et douloureuse ;*
- *il existe une amyotrophie importante mais on ne note aucune anomalie viscérale.*

BIOLOGIE :

- *Hémogramme : normal*
- *VS : modérément accélérée à 20 mm. à la 1ère heure*
- *Latex et Waaler-Rose : négatifs.*

RADIOLOGIE : L'examen radiologique objective :

- *Une carpite importante avec une déminéralisation diffuse et présence de géodes au niveau des petits os du carpe. Il y a également une disparition des interlignes articulaires qui entraîne une fusion du grand os du trapèze et du pyramidal.*
- *Au niveau des genoux, on note, outre un pincement articulaire très important, une sclérose du plateau tibial externe, surtout à gauche, une déminéralisation globale de la rotule et, enfin, une ossification para-articulaire semi-lunaire de 2 cm. à gauche.*
- *Bloc apophysaire postérieur C2-C3.*
- *Exacerbation de la maturation osseuse : âge osseux 14 ans, âge réel 12 ans.*

En résumé : Polyarthrite chronique chez une jeune fille de 12 ans, évoluant depuis 6 ans, avec atteinte prédominante des genoux,

OBSERV. 19 - (2)

des chevilles, des poignets et des mains, sans localisation viscérale et qui, radiologiquement, présente une carpite bilatérale et une atteinte destructive des genoux.

OBSERV. 20 - Fel.. Nac.. 8 ans

Il s'agit d'une fillette âgée de 8 ans, hospitalisée dans le service pour oligoarthrite fébrile, précédée d'une angine , qui a nécessité auparavant un séjour de un mois à l'hôpital de Birtraria où elle est traitée comme un RAA.

Le poignet et le genou droits sont le siège d'une arthrite avec tuméfaction et chaleur locale, évoluant d'un seul tenant, accompagnée de fièvre et d'éruptions cutanées.

A l'examen d'entrée, on note :

1°/ Outre un retard staturo-pondéral : taille : 115 cm., poids : 18,300 kgs.

2°/ Au niveau de genou droit, une tuméfaction et une limitation douloureuse des mouvements.

3°/ Le poignet droit est très augmenté de volume et ankylosé.

4°/ Il existe une fonte des masses musculaires et des adénopathies sous maxillaires.

BIOLOGIE :

- Hémogramme : GR : 3.400.000, G.B. : hyperleucocytose à 12.600, avec PN à 73

- VS : accélérée à 100 mm. à la 1ère heure

- Une augmentation des α_2 globulines à 19,2% pour un taux de protides à 83 g.%0, soit 16 g.%0.

- Un fibrinogène à 7,80 g.%0.

- ASLO à 100 unités

- CRP positive

- Les latex et Waaler-Rose au 1/32ème.

- La recherche de cellules LE est négative.

.../..

OBSERV. 20 - (2)

RADIOLOGIE :

L'examen radiologique ne montre aucun remaniement osseux ni de troubles de la maturation.

En résumé :

Oligo-arthrite, fébrile, avec éruption cutanée et adénomégalies, chez une fillette de 8 ans, évoluant depuis un an, avec sérologie rhumatismale au 1/32ème et absence d'atteinte radiologique.

OBSERV. 21 - Azz.. Zoh.. 13 ans

Le début de la maladie remonte à 6 mois, chez une jeune fille de 13 ans, marqué par une polyarthrite fébrile localisée aux genoux et aux chevilles, puis aux poignets. Elle est traitée en ambulatoire comme un RAA, une rémission est obtenue.

6 mois plus tard, elle est admise dans le service, lors d'une nouvelle poussée, atteignant les membres supérieurs, surtout les poignets.

L'examen d'entrée montre :

- des polyalgies inflammatoires, fixes, tenaces au niveau des coudes et des poignets. Ces articulations sont douloureuses mais non limitées.
- Le reste de l'examen ne montre aucune anomalie.

BIOLOGIE :

- GR : 4.400.000, GB : hyperleucocytose à 12.600
- VS : accélérée à 94 mm. à la 1ère heure
- Augmentation des α2 globulines à 12,7% pour un taux de protides à 90 g.%0 soit 11,5 g.%0
- Fibrinogène et ASLO : normaux (3,30 g.%0 et 100 unités)
- Waaler-Rose et latex : négatifs, de même que la recherche des cellules LE.

.../..

OBSERV. 21 - (2)

RADIOLOGIE : L'examen radiologique n'a mis en évidence aucune altération osseuse.

En résumé :

Polyarthrite évoluant depuis 6 mois, chez une jeune fille de 13 ans, atteignant surtout les coudes et les poignets, sans altérations radiologiques.

OBSERV. 22 - Azz.. Fat.. 5 ans

Le début de la maladie,chez cette fillette de 5 ans, remonte à 2 ans, marqué par une tuméfaction douloureuse du genou droit, suivie, 6 mois plus tard, par l'atteinte de l'autre genou, nécessitant l'hospitalisation à l'hôpital d'El-Kettar où elle subit des séances de rééducation.

2 ans plus tard, la malade est hospitalisée à la Clinique Médicale Infantile pour arthrite rhumatoïde, avec déformation des genoux et des chevilles.

L'examen clinique montre :

- *une tuméfaction importante au niveau des genoux mais sans signe inflammatoire ni épanchement ; la mobilisation active est possible ;*
- *les articulations tibio-tarsiennes sont tuméfiées et douloureuses ;*
- *une adénopathie sous-maxillaire ;*
- *une angine rouge ;*
- *Il n'y a pas d'atteinte viscérale.*

BIOLOGIE : La biologie montre :

- *A l'hémogramme : GR : 4.200.000, hyperleucocytose à 14.600, avec une neutropénie à 42% et une lymphocytose à 56%*
- *La VS est accélérée à 35 mm. à la 1ère heure,*
- *avec hyper α 2 globulinémie : 10,5 g.%0*
- *Un fibrinogène et des ASLO normaux (2,5 g.%0 et 200 unités)*
- *Les réactions sérologiques rhumatismales sont négatives, ainsi que la recherche de cellules LE.*

.../..

OBSERV. 22 - (2)

RADIOLOGIE : Le bilan radiologique ne montre ni lésions osseuses ni troubles de l'ossification.

En résumé :

Polyarthrite évoluant depuis 2 ans, avec des déformations progressives au niveau des genoux et des tibio-tarsiennes, sans traduction radiologique.

OBSERV. 23 - Oua.. Abd.. 13 ans

Le début de la maladie remonte à un an, chez un garçon de 13 ans, marqué, au décours d'une angine, par une arthrite fluxionnaire au niveau des poignets, des genoux et des tibio-tarsiennes, accompagnée de fièvre.

Il est alors traité comme une première crise de RAA.

Un an plus tard, il est hospitalisé dans le service pour une polyarthrite, touchant les poignets, les genoux et les chevilles.

L'examen clinique montre :

- *Une arthrite au niveau des chevilles et des genoux, aboutissant à une impotence fonctionnelle complète.*
- *Une discrète tumeur dorsale du carpe.*
- *Les autres articulations sont indemnes.*
- *Au niveau du rachis cervical, une raideur, avec douleur en fin de mouvements.*
- *Un retard staturo-pondéral important : 140 cm., poids : 28 kgs.*

BIOLOGIE :

- *GR : Anémie à 3.400.000, GB : hyperleucocytose à 26000 avec PN à 71, lymph. à 28.*
- *VS : très accélérée à 107 mm. à la 1ère heure.*
- *Fibrinogène : élevé à 11,70 g.%0.*
- *Une nette augmentation des α 2 globulines à 17 g.%0 (22,3 % pour 76 g.%0).*
- *La CRP, fortement positive à 6 mm.*
- *ASLO à 100 unités.*
- *Waaler-Rose et latex négatifs.*

OBS. 23 - BLOC INTER-APOPHYSAIRE ANTERIEUR - C1 C2

OBSERV. 23 - (2)

RADIOLOGIE :

Il n'existe pas de remaniements osseux au niveau des articulations périphériques ni des sacro-iliaques.
On note cependant un bloc antérieur entre les corps vertébraux de C1-C2 un important retard de la maturation osseuse : Age osseux 10 ans pour un âge réel de 13 ans.

En résumé :

Polyarthrite évoluant depuis un an, avec atteinte des poignets, des genoux et des chevilles, ayant développé précocement un bloc vertébral antérieur au niveau de C1-C2.

OBSERV. 24 - Ham.. Saf.. 12 ans

Il s'agit d'une malade, âgée de 12 ans, qui présente des douleurs inflammatoires au niveau des genoux et des chevilles, évoluant par poussées sur un fond de douleur chronique, accompagnée d'angines.
Un an et demi après le début de la maladie, elle est hospitalisée pour RAA, avec localisation cardiaque.

L'examen d'entrée montre :

- *Une atteinte des grosses articulations, avec douleurs et limitation des mouvements. Atteinte symétrique et fixe, touchant les genoux, les chevilles , les poignets et les épaules.*
- *Les autres articulations et le rachis sont indemnes.*
- *Il existe une insuffisance mitrale, avec hypertrophies auriculaire et ventribulaire gauche, radiologique et électrique.*
- *Une splénomégalie à trois travers de doigts, sans adénomégalie.*

BIOLOGIE :

- GR : 3.850.000, GB : hyperleucocytose à 22.200, avec PN : 76%
- VS : très accélérée à 105 mm. à la 1ère heure.
- Fibrinogène : 7,60 g. %0.

.../..

OBSERV. 24 - (2)

- Une nette augmentation des 2 et des γ globulines, respectivement à 15 g.%0 et 26 g.%0.
- ASLO à 300 unités puis à 200.
- CRP à 4 mm.
- Waaler-Rose et latex négatifs à 4 reprises, de même que la recherche des cellules LE.

RADIOLOGIE :

Il n'y a pas de remaniements osseux, cependant, un retard de la maturation osseuse est noté : Age osseux 10 ans pour un âge réel de 12 ans.

En résumé :

Polyarthrite atteignant les grosses articulations, évoluant depuis un an et demi, chez une jeune fille de 12 ans, avec insuffisance mitrale et splénomégalie, sans manifestation radiologique ni de sérologie rhumatismale positive.

OBSERV. 25 - Cha .. Rat .. 9 ans

Le début de la maladie remonte à un an et demi, alors qu'elle était âgée de 7 ans 1/2, marqué par l'apparition d'arthralgies siégeant au niveau des genoux, coudes, poignets et chevilles, évoluant par poussées, traitée pour RAA en ambulatoire.
Un an et demi plus tard, lors d'une poussée, elle est hospitalisée à Koléa d'où elle nous a été adressée pour RAA.

L'examen d'entrée montre :

- une tuméfaction des articulations des chevilles et des poignets ;
- des douleurs au niveau des genoux et des articulations des mains ;
- Il existe un retard staturo-pondéral : poids 26 kgs., taille 116 cm.
- Il n'y a pas d'anomalie viscérale.

BIOLOGIE :

- GR : à 3.800.000, GB : hyperleucocytose à 17.400
- VS à 120 mm. à la 1ère heure

.../..

OBSERV. 25 - (2)

- Une augmentation des α 2 globulines à 11 g. %0
- Fibrinogène à 8,80 g. %0
- CRP : positive à 2 mm.
- Le waaler-Rose et latex positifs au 1/64ème à 2 reprises
- La recherche de cellules LE est négative.

RADIOLOGIE :

Au point de vue radiologique, il n'y a aucun remaniement osseux mais il existe une exacerbation de la maturation osseuse : Age osseux 10 ans pour un âge réel de 9 ans.

En résumé :

Polyarthrite évoluant depuis 1 an 1/2, avec atteinte prépondérante des chevilles et des poignets, séropositive, sans atteinte radiologique.

OBSERV. 26 - Ben .. Yan.. 13 ans

Le début de la maladie remonte à 3 ans, marqué par une arthrite fluxionnaire des genoux et des chevilles, évoluant par poussées successives alors que la malade était âgée de 10 ans.

Depuis, elle est traitée en ambulatoire pour maladie de Chauffard-Still.

Trois mois avant l'hospitalisation, elle présente une nette aggravation des signes inflammatoires, avec multiplication des localisations articulaires, coincidant avec l'apparition d'un goitre, diffus, mobile à la déglutition.

A l'examen d'entrée :

- La malade présente un retard staturo-pondéral : Poids 21 kgs., taille 138 cm.
- Des genoux globuleux, chauds avec nette limitation des mouvements.
- Des poignets tuméfiés, chauds et douloureux, avec un début d'ankylose à droite et une discrète tumeur du carpe.
- Les chevilles sont douloureuses.
- Les coudes sont tuméfiés, chauds, avec limitation de la flexion et de l'extension.

.../..

BS. 25 - EXACERBATION DE LA MATURATION OSSEUSE CHEZ UNE ENFANT DE 9 ANS

OBSERV. 26 - (2)

BIOLOGIE :

- *GB : 12.000, GR : 2.900.000, PN à 82*
- *VS : accélérée à 127 mm. à la 1ère heure.*
- *ASLO : 200 unités*
- *Waaler-Rose au 1/64ème et latex au 1/128ème.*
- *La recherche de cellules LE est négative.*

RADIOLOGIE :

- Au niveau du coude droit : remaniement de la tête radiale, avec ostéophytose.
- Au niveau du carpe : importante déminéralisation épiphysaire, avec géodes et fusion des os du carpe. Disparition des interlignes articulaires, surtout à droite.
- Au niveau des genoux : pincement articulaire important.
- Au niveau des pieds : déminéralisation diffuse.
- Exacerbation de la maturation osseuse : Age osseux 15 ans pour un âge réel de 9 ans.

En résumé :

Polyarthrite chronique, séropositive, évoluant depuis trois ans, avec atteinte des grosses articulations et d'importantes destructions osseuses radiologiques au niveau des poignets, du coude droit et des genoux.

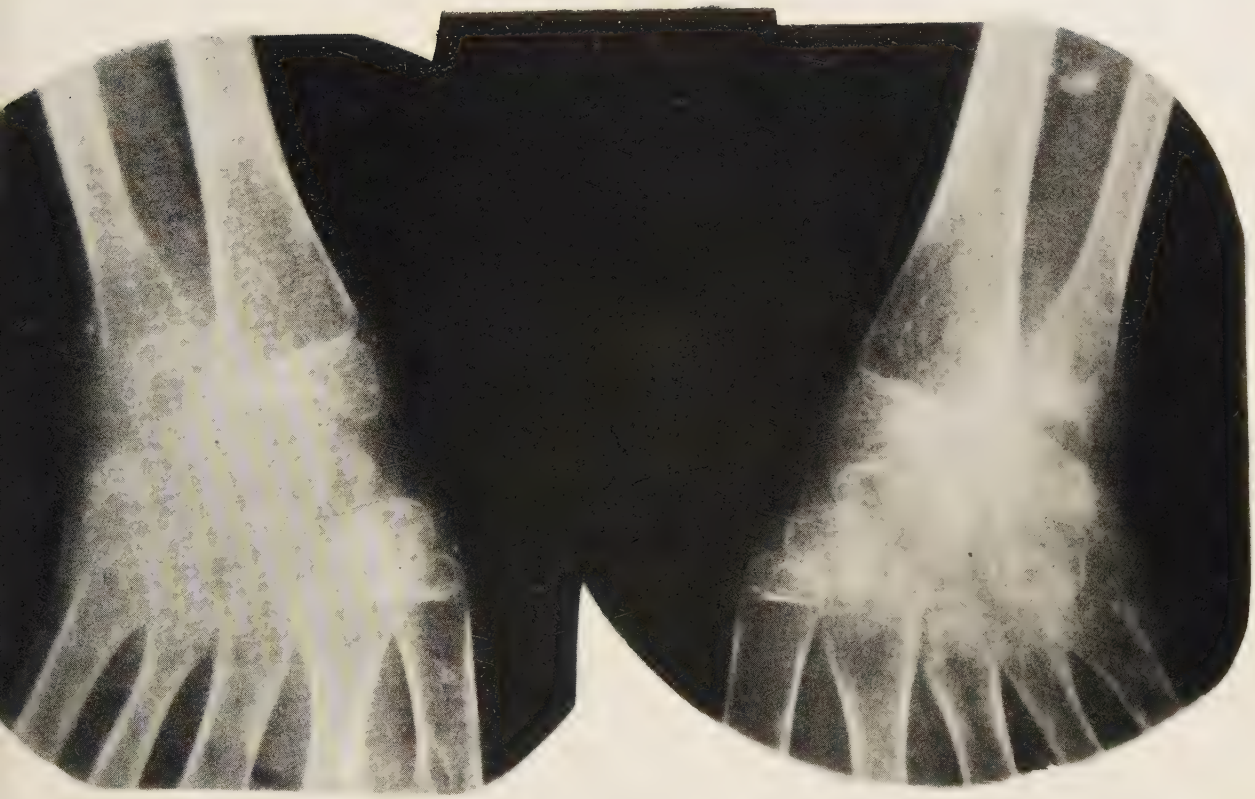
OBSERV. 27 - Dje.. Dja .. 13 ans

Le début de la maladie remonte à l'âge de 11 ans, marqué par une arthrite au niveau des genoux, suivie une année plus tard par l'atteinte des chevilles, évoluant par poussées et traitée en ambulatoire.

Deux ans plus tard, elle est hospitalisée pour maladie de Chauffard-Still.

.../..

OBS. 26 A - RADIO DES GENOUX . 3 ANS APRÈS LE DEBUT DE LA MALADIE



OBS. 26 B - CARPITE BILATERALE. IMAGE APRES 3 ANS D'EVOLUTION

OBS. 26 - COUDES : REMANIEMENT DE LA TETE RADIALE AVEC PRESENCE D'OSTEOPHYTES. APRES 3 ANS D'EVOLUTION

OBSERV. 27 - (2)

A l'examen clinique, on note :

- Un mauvais état général, avec retard staturo-pondéral : taille : 1,13 m., poids : 28 kgs.
- Les mains et les poignets sont le siège de phénomènes inflammatoires avec déformation des doigts.
- Les chevilles sont douloureuses et tuméfiées, avec limitation des mouvements, surtout à droite. Ces mêmes phénomènes sont notés au pied droit.
- Il existe des adénopathies axillaires avec splénomégalie.
- Sur le plan cardio-vasculaire, seul un raccourcissement de l'espace PR à l'ECG est noté.
- Il n'y a pas d'anomalie viscérale.

BIOLOGIE :

- Hémogramme : GR : 3.700.000, GB : 6.800, PN 62, lympho. 36.
- VS : 115 mm. à la 1ère heure.
- Fibrinogène : 5,60 g. %0
- ASLO : normaux : inférieurs à 200 unités.
- Waaler-Rose et latex au 1/128ème.
- La recherche de cellules LE est négative.

RADIOLOGIE :

Petites encoches au niveau des os du carpe et des métacarpiens, en particulier 2ème et 3ème, mais les interlignes articulaires sont respectés.

En résumé :

Polyarthrite séropositive, évoluant depuis 2 ans, chez une jeune fille de 13 ans, avec atteinte prépondérante des poignets et des chevilles, et carpite radiologique.

. . . . . .

OBSERV. 28 - Dje .. Djo.. 8 ans

Fillette de 8 ans, dont le début de la maladie remonte à l'âge de 4 ans, marqué par des fluxions articulaires au niveau des chevilles, accompagnées de fièvre, suivi peu de temps après de l'atteinte des poignets, évoluant par poussées.

Au début, la malade est traitée en ambulatoire, puis, lors d'une poussée plus sévère, elle est hospitalisée à Ménerville d'où elle nous est adressée pour polyarthrite chronique.

L'examen clinique montre :

- *Au niveau des extrêmités supérieures : le carpe est enraidi avec déformation en M des doigts et rétraction des tendons fléchisseurs des interphalangiennes.*
- *Au niveau des extrêmités inférieures : tuméfaction des articulations métatarso-phalangiennes, avec déviation du gros orteil en dehors et ankylose des autres orteils en flexion.*
- *Il n'y a pas d'atteinte viscérale.*
- *Retard staturo-pondéral important : taille 95 cm., poids 15 kgs.*

BIOLOGIE :

- Hémogramme : GR : 4.180.000, GB : 8.000, avec inversion de la formule leucocytaire, PN 40, lymphocytes 40.

- VS : accélérée à 27 mm. à la 1ère heure.

- Fibrinogène et ASLO normaux (3 g.%0 et 200 unités).

- Waaler-Rose et latex négatifs, de même que la recherche de cellules LE

RADIOLOGIE : L'examen radiologique montre :

- *Au niveau des mains : désaxation des articulations métacarpophalangiennes du 2ème, 3ème, 4ème et 5ème doigts ; ankylose des interphalangiennes proximales. Le carpe est déminéralisée, sans plus.*
- *Il existe une exacerbation de la maturation osseuse au niveau du carpe gauche : âge osseux 10 ans pour un âge réel de 8 ans.*
- *Le carpe droit est normal.*

En résumé : Polyarthrite chronique évoluant depuis 4 ans, chez une fillette de 8 ans, avec une atteinte des poignets, des mains, des pieds, ayant abouti à une ankylose des doigts et des poignets.

OBSERV. 29 - Mez.. Rab.. 11 ans

Le début de la maladie remonte à 5 ans, marqué par des douleurs articulaires localisées au niveau des tibiotarsiennes. Ces douleurs sont accompagnées de fièvre d'intensité variable et entrainent une impotence fonctionnelle marquée.

Depuis 2 ans, aggravation des troubles. Les douleurs deviennent continues, mais restent supportables et atteignent les poignets, les coudes et les hanches, alors qu'au niveau des petites articulations, apparaissent des déformations.

Par ailleurs, le malade a présenté plusieurs épisodes angineux et son état général est altéré.

A l'examen clinique d'entrée :

- Les petites articulations des mains sont le siège de déformations avec limitation douloureuse des mouvements.
- Déformation des poignets avec tumeur dorsale du carpe, avec limitation des mouvements.
- Déformation des coudes, des chevilles et des orteils qui sont déviés en coup de vent.
- Au niveau du rachis cervical : les mouvements de latéralité et l'extension sont douloureux mais non limités.
- L'examen cardio-vasculaire met en évidence l'existence d'une insuffisance mitrale.
- On note également une hépatosplénomégalie et des adénopathies inguinales bilatérales et axillaires gauches.
- Goitre d'apparition récente (un mois environ).
- Angine concomitante.
- Retard staturo-pondéral.

<u>BIOLOGIE</u> :

- GR : 3.850.000, GB : 15.600, PN 75%
- VS : très accélérée à 103 mm. à la 1ère heure
- Electrophorèse normale
- Fibrinogène à 3,80 g.%0
- ASLO : 100 unités
- CRP : négative
- Waaler-Rose : agglutination au 1/128ème, latex au 1/256ème, à trois reprises.
- La recherche de cellules LE est négative.

.../..

OBSERV. 29 - (2)

RADIOLOGIE :

- Importante destruction du carpe avec fusion des différents os et une disparition des interlignes articulaires.
- Au niveau des pieds et des orteils, on note une disparition des interlignes articulaires et un téléscopage de l'articulation entre le scaphoïde et le cunéiforme.

En résumé : Polyarthrite évoluant sur le mode chronique depuis 5 ans, chez un garçon de 11 ans, avec déformation des métacarpophalangiennes et des métatarsophalangiennes, une sérologie rhumatismale positive et d'importantes destructions osseuses radiologiques au niveau du carpe et du tarse.

OBSERV. 30 - Bib.. Ahm.. 8 ans

Le début de la maladie remonte à un an, marqué par des fluxions articulaires au niveau des chevilles, évoluant par poussées et traitées en ambulatoire.
Au moment de l'hospitalisation, le malade présente des arthralgies diffuses au niveau des poignets, des genoux, des coudes et des épaules.

L'examen clinique montre :

- une tuméfaction douloureuse du carpe gauche.
- Tuméfaction des chevilles, surtout sous-malléolaire interne.
- Les autres articulations sont indemnes.
- On note des micro-adénopathies axillaires, cervicales et inguinales.
- Il n'y a pas d'atteinte viscérale.

BIOLOGIE :

- GR : 4.280.000, GB : 9.800 avec PN à 41, lymph. à 49, et éosinophilie persistante à 7,10 et 19%, alors que la recherche de parasites dans les selles est négative.
- VS : accélérée à 22 mm. à la 1ère heure.

.../..

OBSERV. 30 - (2)

- *Fibrinogène : à 3,30 g.%0, ASLO à 200 unités.*
- *CRP : négative.*
- *Waaler-Rose et latex positifs, respectivement au 1/64ème et au 1/128ème.*
- *La recherche de cellules LE est négative.*

RADIOLOGIE : Du point de vue radiographique, il n'existe aucun remaniement osseux, cependant, une exacerbation de la maturation osseuse au niveau du carpe, avec un âge osseux de 10 ans pour un âge réel de 8 ans, est notée.

En résumé : Polyarthrite évoluant depuis un an, avec tuméfaction du carpe gauche et des tarses, avec une sérologie rhumatismale positive, sans atteinte osseuse radiologique.

OBSERV. 31 - Bra.. Sah.. 8 ans

Il s'agit d'une fillette de 8 ans chez qui le début de la maladie remonte à 6 mois, marqué par une arthrite tibio-tarsienne droite avec fièvre, sans éruption cutanée ni altération de l'état général.

Trois mois plus tard, les mêmes phénomènes douloureux et inflammatoires apparaissent au niveau des poignets.
La malade est alors hospitalisée.

L'examen clinique montre :

- *Une tuméfaction douloureuse des deux poignets, avec déformation de la face dorsale du carpe. Les métacarpo-phalangiennes et les interphalangiennes sont également atteintes avec limitation des mouvements.*
- *A droite, les articulations métatarso-phalangiennes et médio-tarsiennes sont tuméfiées, douloureuses, entravant la marche.*
- *Il existe des adénopathies généralisées bilatérales, inguinales, axillaires et cervicales.*
- *Il n'y a pas d'autre atteinte viscérale.*

.../..

OBSERV. 31 - (2)

BIOLOGIE :

- Hémogramme : GR : anémie à 3.850.000, GB : 8.000, avec PN à 88%
- VS : accélérée à 37 mm. à la 1ère heure
- ASLO : normaux
- Waaler-Rose et latex positifs (au 1/64ème)
- La recherche de cellules de Hargraves est négative.

RADIOLOGIE :

L'étude radiologique n'objective aucun remaniement osseux. L'ossification se déroule normalement, sans retard ni exacerbation.

En résumé :

Il s'agit d'une polyarthrite chronique, séropositive, évoluant depuis un an, avec adénomégalie, sans atteinte radiologique.

OBSERV. 32 - Kad.. Moh.. 18mois

Nourrisson de 18 mois chez qui le début de la maladie remonte à l'âge de 10 mois, marqué par l'apparition d'oedème au niveau des doigts et des orteils avec fièvre périodique et paroxystique. Les phénomènes inflammatoires gagnent progressivement les articulations des mains et des pieds.

L'évolution s'est faite par poussées et à chaque clocher thermique correspondait l'atteinte d'une nouvelle articulation. L'enfant est alors hospitalisé en Pédiatrie.

L'examen d'entrée montre :

- Des fluxions articulaires au niveau des métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes aux mains, de la médiotarsienne et métatarsophalangienne aux pied, avec disparition de la morphologie normale.
- Les grosses articulations sont indemnes.
- Sur le plan cardio-vasculaire, il existe un souffle systolique,

.../..

OBSERV. 32 - (2)

apexo-axillaire de 3/6, avec une hypertension artérielle importante à 11/8. Les examens radiologiques et électriques sont normaux.
- Une hépatosplénomégalie.
- La taille est à 74 cm. et le poids à 9 kgs.

BIOLOGIE :

- Anémie marquée à 3000000, avec hyperleucocytose à 19.800 et inversion de la formule blanche.
- VS : accélérée à 87 mm. à la 1ère heure.
- Fibrinogène à 5,20 g. %0
- ASLO : 100 unités.
- Le Waaler-Rose et latex sont négatifs, de même que la recherche de cellules LE.

RADIOLOGIE :

On ne note pas de lésion osseuse.

Il existe une exacerbation de la maturation osseuse : âge osseux de 3 ans pour un âge réel de 18 mois.

En résumé :

Nourrisson de 18 mois, présentant une polyarthrite atteignant les petites articulations des mains et des pieds, évoluant depuis 8 mois par poussées, entrecoupées de rémissions sans manifestation radiologique.

OBSERV. 33 - Ali.. Nou.. 11 ans

Le début de la maladie remonte à l'âge de 10 ans, marqué par une atteinte polyarticulaire, touchant les articulations des poignets, des genoux et des tibio-tarsiennes, avec éruption cutanée généralisée, puis, quelques mois plus tard, atteinte de l'épaule gauche, avec fièvre, évoluant sur le mode aigü.

L'atteinte des articulations des membres inférieurs entraina une impotence fonctionnelle progressive et totale, nécessitant plusieurs hospitalisations dans son hôpital d'origine, sans rémission notable.

.../..

OBSERV. 33 - (2)

Un an après le début de la maladie, elle est hospitalisée dans le service pour polyarthrite chronique.

L'examen clinique montre :

- Un état général très altéré , avec une amyotrophie importante au niveau des membres supérieurs et inférieurs.
- Un retard staturo-pondéral.
- Une marche difficile.
- Limitation douloureuse au niveau des articulations des genoux qui sont bloquées en flexion.
- Une limitation douloureuse des mouvements au niveau des coudes, avec extension bloquée.
- La flexion des mains est impossible ainsi que celle des doigts.
- Les hanches sont douloureuses à la mobilisation et l'extension est limitée.
- On note une amygdalite importante.
- Le reste de l'examen est normal.

BIOLOGIE :

- Légère anémie avec hyperleucocytose à 15.000
- VS : accélérée à 105 mm. à la 1ère heure avec hyper α_2 globulinémie : 15,5 g.%0
- Un fibrinogène à 8,20 g./l.
- La CRP est positive.
- Le latex et le Waaler-Rose sont négatifs.

RADIOLOGIE :

- Déminéralisation importante au niveau du carpe et des doigts, avec petites géodes mais sans altération des interlignes.
- Une déminéralisation importante au niveau des pieds et des orteils.
- Les hanches et les genoux sont normaux.
- La maturation osseuse est normale au niveau du carpe.

En résumé : Polyarthrite évoluant sur le mode aigu, depuis un an, avec atteinte symétrique et progressive au niveau des articulations des membres inférieurs et des membres supérieurs, sans localisation viscérale ni altération radiologique importante.

OBSERV. 34 - Cha.. Zoh.. 1 an

Enfant, âgée de 1 an, hospitalisée pour polyarthrite. Le début de la maladie a été marqué par une atteinte des genoux et des chevilles, évoluant sur le mode aigu.

L'examen clinique d'entrée montre :

- Des genoux et des tibio-tarsiennes tuméfiés
- Les poignets déviés en coup de vent cubital ainsi que les doigts
- Les autres articulations sont indemnes
- On note : des adénopathies sous-maxillaires, axillaires droites, inguinales, occipitales et épitrochléennes.
- Une insuffisance mitrale, avec hypertrophie ventriculaire gauche, électrique et radiologique
- Une hépatomégalie.

BIOLOGIE :

- GR : 3.200.000, GB : 5.000, PN à 54, lymph. à 44.
- Albuminurie à 7 g.%0 avec au compte d'Addis : Hématies 9000, leucocytes 18.000
- VS : accélérée à 93 mm. à la 1ère heure
- Fibrinogène à 3, 20 g.%0, ASLO à 100 unités.
- La CRP est positive
- Le Waaler-Rose et le latex négatifs.
- La recherche de cellules Hargravoïdes positive à trois reprises.

RADIOLOGIE :

L'étude radiographique n'a objectivé aucun remaniement osseux.

En résumé :

Enfant de 1 an, qui présente une polyarthrite atteignant les poignets, les genoux et les chevilles, évoluant depuis 5 mois avec insuffisance mitrale, présence de cellules hargravoïdes, sans altération radiologique.

OBSERV. 35 - Sek.. Mou.. 11 ans

Le début de la maladie, chez ce garçon de 11 ans, remonte à l'âge de 8 ans, marqué par des arthrites au niveau des chevilles avec fièvre entrainant rapidement une impotence fonctionnelle au niveau des membres inférieurs, nécessitant un séjour de 4 mois dans son hôpital d'origine.

Après une courte phase de rémission, le processus rhumatismal s'étend aux poignets et à la colonne cervicale, entrainant une deuxième hospitalisation à El-Kettar.

3 ans après le début de la maladie, au cours d'une nouvelle poussée, le malade est hospitalisé dans le service.

L'examen clinique montre :

- Des déformations au niveau des métacarpo-phalangiennes et des interphalangiennes avec ankyloses.
- Une tumeur dorsale du carpe, avec limitation douloureuse des mouvements.
- Une tuméfaction des coudes qui sont le siège de raideur.
- Une limitation de la flexion et de la rotation du rachis cervical, avec mouvements de latéralité douloureux.
- Les hanches sont limitées et douloureuses.
- Les genoux sont tuméfiés et douloureux.
- Les chevilles sont déformées avec déviation du pied en varum et limitation des mouvements.
- Il n'y a pas d'atteinte viscérale.

BIOLOGIE :
- Hémogramme : GR : 4.600.000, GB : 20.200, PN 67, lymph. 32
- VS : accélérée à 80 mm. à la 1ère heure.
- Fibrinogène à 7,30 g./l.
- ASLO : 400 puis 600 unités
- Hyper α_2 globulinémie à 14,2 % pour 76 g. protides
- Latex et Waaler-Rose négatifs à trois reprises de même que la recherche de cellules LE.

RADIOLOGIE : Déminéralisation diffuse importante au niveau des poignets.

En résumé : Polyarthrite chronique évoluant depuis 3 ans, chez un jeune garçon de 11 ans, avec ankylose au niveau des mains et des pieds, sans localisation viscérale ni de trouble radiologique.

OBSERV. 36 - Zer.. Hak.. 3 ans

L'histoire de la maladie remonte à l'âge de 1 an, chez ce nourrisson de 3 ans, marqué par des douleurs inflammatoires au niveau des chevilles et des genoux, évoluant par poussées entrecoupées de rémissions et extension du processus rhumatismal, successivement aux poignets, aux mains et aux coudes pour lesquelles le malade est traité en ambulatoire.

Deux ans après le début, il est hospitalisé dans le service.

L'examen clinique montre :

- une atteinte des genoux avec déformation, douleurs et limitation des mouvements.
- une ankylose et une déformation au niveau des tibio-tarsiennes.
- une déformation, une ankylose et une tumeur dorsale au niveau des carpes.
- une douleur avec limitation des mouvements au niveau des coudes.
On note en outre :
- une polyadénopathie inguinale, axillaire et cervicale avec hypertrophie amygdalienne.
- un retard staturo-pondéral important: poids 8,5 kgs., taille 75 cm.

BIOLOGIE :

- Hémogramme : Anémie sévère 2.500.000, GB : 9.200, avec PN 56, lymph. 36 et éosinophilie 8
- VS : très accélérée à 75 mm. à la 1ère heure
- Hyperα 2 globulinémie 16,9% pour un taux de protides à 80 soit 13 g.%0
- La CRP est fortement positive : 4 mm.
- Le Waaler-Rose et latex sont positifs au 1/64ème.

RADIOLOGIE :

- Ostéoporose diffuse avec déminéralisation intense, intéressant tous les os et le rachis.
- Réaction périostée importante.

En résumé : Polyarthrite évoluant sur le mode chronique depuis 2 ans, avec atteinte sévère des grosses articulations mais sans traduction radiologique.

OBSERV. 37 - Abd.. Dal .. 9 ans

Le début de la maladie remonte à un an, chez cette fillette de 9 ans, marqué par des arthralgies tibio-tarsiennes avec fièvre et altération de l'état général pour lesquelles la malade a été traitée en ambulatoire.

Lors de l'hospitalisation, un an plus tard, elle présente à l'examen clinique :

- Au niveau des mains, des douleurs, une limitation des mouvements et une tumeur discrète du carpe bilatérale.
- Au niveau des pieds, une arthrite fluxionnaire, rendant la marche difficile.
- Il n'y a pas d'atteinte viscérale.

BIOLOGIE :

- Hémogramme : GR : 3.980.000, GB : 9.400, polynucléose neutrophile à 83
- VS : accélérée à 31 mm. à la 1ère heure
- Fibrinogène augmenté à 7,90 g./l.
- ASLO : normaux à 100 unités
- A l'électrophorèse, on note une hyper α 2 globulinémie 16% pour un taux de protides à 75 soit 12 g.
- La sérologie rhumatismale est négative (Latex et Waaler-Rose) de même que la recherche de cellules LE.

RADIOLOGIE :

L'étude radiologique n'a mis en évidence aucune anomalie.

En résumé :

Polyarthrite évoluant depuis un an, chez une fillette de 9 ans, avec atteinte des petites articulations des mains et des pieds, sans localisation viscérale ni manifestation radiologique.

OBSERV. 38 - Sad.. Fad.. 11 ans

Fillette de 11 ans, chez qui le début de la maladie remonte à un an et demi, marqué par une monoarthrite tibio-tarsienne gauche. 4 mois plus tard, le processus inflammatoire s'étend à l'autre cheville et au poignet gauche, nécessitant une première hospitalisation en Pédiatrie (1967).

L'examen clinique montre alors :

1°/ une tuméfaction douloureuse des deux chevilles, qui entrave la marche ;
2°/ le poignet gauche est le siège des mêmes phénomènes inflammatoires ;
Les autres articulations sont indemnes et il n'existe pas d'atteinte viscérale.

BIOLOGIE :

- GR : 4.000.000, GB : 3600, leucopénie avec formule leucocytaire normale.
- VS : très accélérée à 103 mm. à la 1ère heure
- Fibrinogène à 6,80 g. %0
- ASLO à 100 unités
- Une augmentation des α 2 et des γ globulines
- Le Waaler-Rose et latex sont positifs (1/64ème)
- La recherche de cellules LE est négative.

RADIOLOGIE :

Déminéralisation diffuse des articulations intéressées par le processus inflammatoires sans atteinte des interlignes articulaires.

En 1968, soit un an et demi plus tard, la malade est à nouveau hospitalisée pour reprise du processus inflammatoire.

L'examen clinique montre, outre les atteintes antérieures, la prise du poignet droit et des métacarpo-phalangiennes.

Les poignets sont le siège d'une tumeur dorsale du carpe avec ankylose en extension.

Les métacarpo-phalangiennes sont limitées et douloureuses.

Les chevilles sont tuméfiées, chaudes et douloureuses, avec affaissement de la voûte plantaire.

Il existe une hépato-splénomégalie, absente lors de la première hospitalisation.

Il n'y a pas d'atteinte viscérale.

.../..

OBSERV. 38 - (2)

BIOLOGIE :

- GR : 3.500.000, GB : 6.800, avec neutropénie à 46, lymphocytose à 47 et une éosinophilie à 7, avec recherche de parasites négative.

- VS à 63 mm. à la 1ère heure

- Fibrinogène à 4,30 g. %0

- ASLO à 200 unités

- α2 et γ globulines augmentés

- Le Waaler-Rose est positif à un taux identique au précédent

- La recherche de cellules LE est négative à quatre reprises

- L'examen ophtalmologique révèle au FO :

. à droite : une hyperhémie papillaire avec flou nasal

. à gauche : légère paleur de la papille (avec fibres à myéline dans la région nasale).

RADIOLOGIE :

On note, outre les atteintes antérieures, une ankylose du carpe droit.

En résumé :

Il s'agit d'une polyarthrite séropositive, évoluant depuis un an et demi, chez une jeune fille de 11 ans, avec atteinte des chevilles, des poignets et des métacarpo-phalangiennes qui sont le siège d'ankylose.

OBSERV. 39 - Oun.. Ati... 10 ans

Fillette de 10 ans chez qui le début de la maladie remonte à un an et demi, marqué par une polyarthrite aigüe, fébrile, touchant les poignets, les genoux et les chevilles, accompagnée d'une péricardite précédée d'une angine.

Les examens biologiques montrent alors :

- *GR : 3,400,000, GB : 2.400, avec une polynucléose neutrophile à 77*
- *La VS est très élevée à 120 mm. à la 1ère heure*
- *Fibrinogène à 3,40 g.%0*
- *Augmentation des α2 et des γ globulines.*

Devant ce tableau, la malade est traitée pendant 60 jours comme un RAA et sort améliorée.

Un an et demi plus tard, soit en 1967, la malade est à nouveau hospitalisée pour reprise des phénomènes inflammatoires au niveau des poignets, des genoux et des chevilles. Une fièvre ondulante est alors notée. Le reste de l'examen ne montre aucune atteinte viscérale. Il existe pourtant une atteinte cardio-vasculaire et un retard staturo-pondéral : Poids 23 kgs., taille 126 cm.

BIOLOGIE :

- *GR : Anémie 3,300,000, GB : 18,000 avec polynucléose neutrophile à 83*
- *VS à 120 mm. à la 1ère heure*
- *ASLO, augmenté à 400 unités Tood*
- *Fibrinogène à 6,80 g.%0*
- *Une augmentation des α2 globulines*
- *La CRP est positive à 2 mm.*
- *La sérologie rhumatismale ainsi que la recherche de cellules de Hargraves sont négatives.*

RADIOLOGIE : L'étude radiographique n'objective qu'une discrète déminéralisation épiphysaire sans atteinte des interlignes articulaires.

En résumé : Polyarthrite évoluant depuis un an et demi, ayant débuté par des manifestations articulaires et péricardiques au premier plan, sans manifestation radiologique importante.

OBSERV. 40 - Gue.. Fel.. 10 ans

Le début de la maladie remonte à 3 ans, chez une jeune fille de 10 ans. Il a été marqué par une arthrite tibio-tarsienne bilatérale, précédée d'angines à répétition, évoluant par poussées et qui a nécessité plusieurs traitements ambulatoires sans résultats.

Quelques mois plus tard, le processus rhumatismal s'étend aux articulations des genoux et des mains.

Ce n'est que trois ans après le début de la maladie qu'elle est hospitalisée dans le service.

L'examen d'entrée montre :
- une atteinte des deux chevilles avec empâtement diffus et ankylose ;
- au niveau des poignets, on note une tumeur dorsale du carpe à droite, avec une nette limitation des mouvements ;
- Il existe des adénopathies inguinales bilatérales avec une splénomégalie à trois travers de doigts.
- Un souffle systolique apexien d'intensité 1/6 est noté.
Les examens radiologique et électrique sont cependant normaux.

BIOLOGIE :
- Anémie à 3.000.000 de GR, GB à 8.000 avec formule leucocytaire normale.
- VS : accélérée à 83 mm. à la 1ère heure.
- Fibrinogène à 4 g. %0
- CRP : positive à 3 mm.
- ASLO à 400 unités Tood
- La sérologie rhumatismale montre : Waaler-Rose 1/64°, latex fortement positif.
- La recherche de cellules LE est négative.

RADIOLOGIE : Il existe une déminéralisation osseuse au niveau des poignets et des chevilles, sans altération des interlignes articulaires.

En résumé : Polyarthrite chronique séropositive, évoluant depuis 3 ans, chez une fillette de 10 ans, avec atteinte des poignets et des chevilles, adénosplénomégalie, et, radiologiquement, une déminéralisation des articulations atteintes.

OBSERV. 41 - Bel... Ahm.. 2 ans

Il s'agit d'un bébé de 2 ans, chez qui la maladie remonte à l'âge de 7 mois, marquée par une polyarthrite atteignant successivement les genoux, les chevilles et les poignets et évoluant par poussées. Les genoux sont le siège d'une hydarthrose, alors que les poignets et les chevilles se déforment progressivement, nécessitant deux hospitalisations dans les hôpitaux périphériques.

Un an et demi plus tard, soit en 1967, il est hospitalisé dans le service.

L'examen clinique montre :
- l'existence d'une fièvre modérée (38°)
- les poignets et les petites articulations de la main sont le siège d'inflammation, de déformation et d'ankylose
- les coudes sont tuméfiés et douloureux
- les genoux sont globuleux et leurs mouvements limités et douloureux
- les chevilles sont déformées et ankylosées.
- L'examen viscérale montre : des adénopathies multiples et une splénomégalie ainsi qu'un subictère dû à une hépatite interstitielle précirrhotique probable (PBF).
- De plus, on note une amyotrophie importante au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

BIOLOGIE :
- GR : 3.300.000, GB : hyperleucocytose à 33.200 avec 44% PN et 64% de lymphocytes
- VS : 100 mm. à la 1ère heure
- Fibrinogène : 5 g.%0
- Augmentation des γ globulines : 25,5%0
- Waaler-Rose et le latex sont négatifs.

RADIOLOGIE : Il existe au niveau des articulations concernées une ostéoporose diffuse.

En résumé : Il s'agit d'une polyarthrite, survenue à l'âge de 7 mois, ayant rapidement évoluée vers l'ankylose et les déformations avec adénosplénomégalie, et sans atteinte radiologique marquée.

OBSERV. 42 - Leb.. Cha.. 6 ans

Le début de la maladie, chez cette fillette, âgée de 6 ans, remonte à l'âge de 4 ans et demi, marqué par une arthrite des genoux et des tibio-tarsiennes, évoluant par poussées successives et ayant nécessité plusieurs traitements ambulatoires.

6 mois plus tard, le processus rhumatismal s'étend aux poignets.

Un an et demi après le début de la maladie, elle est hospitalisée dans le service.

L'examen clinique d'entrée montre :
- une atteinte des genoux et des chevilles avec douleurs et tuméfactions. Les mouvements actifs et passifs sont douloureux.
- une arthrite fluxionnaire au niveau des poignets.
- L'examen viscéral montre l'existence d'une micro-polyadénopathie axillaire, cervicale et inguinale bilatérale, ainsi qu'une hépatomégalie à trois travers de doigts.

BIOLOGIE :
- Anémie à 3.300.000, GB : 7.200 avec polynucléose neutrophile à 51% et lymphocytose à 43%, éosinophilie à 6%
- VS : très accélérée à 75 mm. à la 1ère heure
- Fibrinogène normal à 2,40 g./l. de même que les ASLO : 100 unités Tood
- L'électrophorèse est normale.
- La CRP est négative, de même que le Waaler-Rose et le latex.

RADIOLOGIE : On ne note pas de remaniement osseux.

En résumé :

Fillette de 6 ans, qui présente depuis un an et demi une polyarthrite avec atteinte des chevilles, des poignets et des genoux, avec adénomégalie et hépatomégalie, mais sans altération radiologique.

COMMENTAIRES

ETIOLOGIE

I - FREQUENCE

a/ Fréquence générale :

La fréquence des polyarthrites chroniques de l'enfant est variable selon que l'on s'adresse aux statistiques établies par le service de Pédiatrie ou de Rhumatologie.

. A la Clinique Médicale Infantile (C. E. U. d'Alger, service du Pr. KHATI), parmi 10 391 malades, hospitalisés en 3 ans de 1967 à 1969, on dénombre 23 cas de polyarthrites infantiles, soit 0,22%.

Par contre, cette fréquence est bien plus importante si l'on se réfère aux statistiques du service de Rhumatologie (Pr. KLIOUA) où,parmi 2300 malades, admis en 4 ans de 1965 à 1969, 29 cas de polyarthrites ont été colligés, soit 0,45%.

SERVICES	Période (ans)	Nb. de malades H.	Nb. de PCEI	%
PEDIATRIE (CMI)	3	10391	23	0,22
RHUMATO.	4	2300	29	0,45

Tableau 1 - Fréquence générale de la PCE infantile par rapport aux malades hospitalisés en Pédiatrie et en Rhumatologie.

b/ Fréquence relative aux rhumatismes chroniques :

Si l'on considère la fréquence des polyarthrites infantiles dans notre pays, par rapport au nombre de rhumatismes inflammatoires chroniques, PCE et SpA, observés dans le service de Rhumatologie, on s'aperçoit de l'importance du nombre des polyarthrites infantiles. Ces dernières représentent: 29 cas sur 378, soit 7,56%.

Les polyarthrites infantiles représentent enfin 11,6% (29 cas sur 241) des polyarthrites chroniques évolutives, en

.../..

général observées sur une période de 4 années.

Nb. de malades	PCE	SpA	PCInfan.	SpAIJ
Hospitalisés 2300 en 4 ans	241/2300	137/2300	29/241	34/137
%	10,43%	5,90%	11,6%	24,8%

Tableau 2 - Fréquence des rhumatismes chroniques observés en Rhumatologie de 1966 à 1969.

La fréquence des polyarthrites infantiles est estimée différemment par les auteurs européens et scandinaves, comme l'indique le tableau suivant :

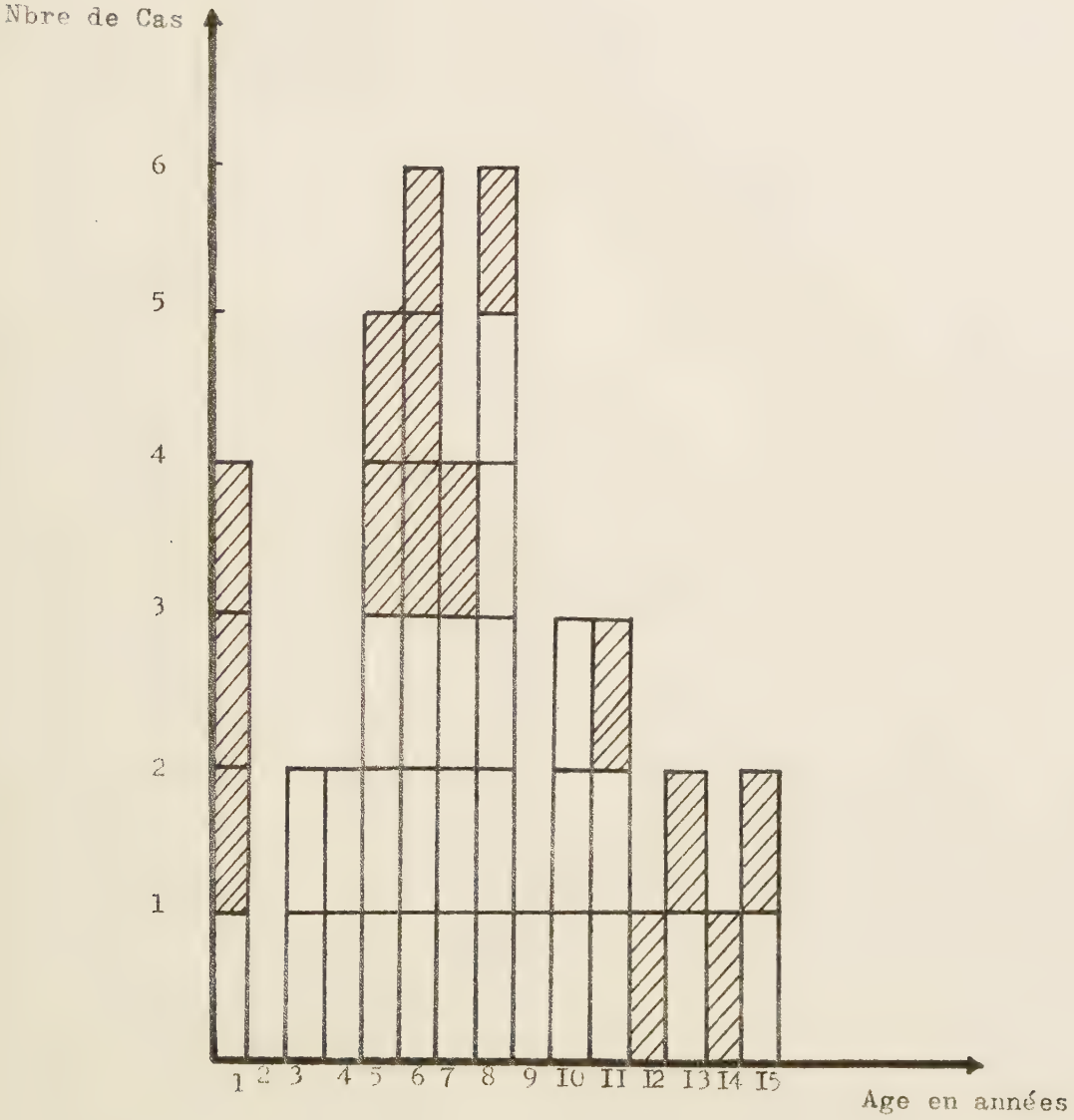
EDSTROM	5 à 7%
COSS	4,9%
Service de Rhumatologie Alger	29 cas sur 378, soit 7,56%

BUSSIERE, dans sa thèse, collige, dans l'hôpital Cochin, sur une période de 10 ans, 60 cas de polyarthrites infantiles. Ce nombre, comparé à celui que nous retrouvons sous nos climats, met en évidence la plus grande fréquence de cette affection dans nos régions où nous avons observé 42 cas en 3 ans.

II - INFLUENCE DU SEXE

L'influence du sexe est évidente dans notre série, puisque 27 de nos malades sont de sexe féminin, soit 64% et 15 seulement de sexe masculin.

.../..



15 ♂

27 ♀

TABLEAU Annexe A_1 – POLYARTHRITE CHRONIQUE INFANTILE

REPARTITION SELON L'AGE ET LE SEXE

La prédominance féminine s'affirme, si l'on compare ces données à celles de la littérature.

DELBARRE retrouve une écrasante majorité féminine à 94,1%, de même que la plupart des auteurs. J. GAULME note, parmi ses 20 cas, une fréquence sensiblement égale dans les deux sexes (55% de cas féminins,
45% de cas masculins)

AUTEURS	Nb de cas	Cas féminins	Pourcentages
Bussière	60	43	71%
Bywaters	316	196	62%
Delbarre	17	16	94,1%
Edström	161	109	62%
Forestier	40	33	82,5%
Gaulme	20	11	55%
Laaksonen	544	328	70,2%
Série personnelle	42	27	64%

Tableau 3 - Influence du sexe. Comparaison statistique.

III - L'AGE DE DEBUT

La PCE infantile montre une remarquable prédilection pour les premières années de la vie.

L'unanimité se fait parmi la plupart des auteurs, ayant observé d'importantes séries, pour situer avant l'âge de 5 à 6 ans le début de la majorité des cas, essentiellement entre les 2ème et 3ème années de la vie, comme l'indiquent les tableaux 4 et 5.

.../..

AUTEURS	AGE DE DEBUT	%
BUSSIERE	avant 6 ans	40%
GROKOEST	avant 6 ans	55%
FORESTIER	avant 5 ans	45,2%
SERIE PERSONNELLE	avant 6 ans	45,2%

Tableau 4 - Fréquence des polyarthrites infantiles selon l'âge de début.

AUTEURS	AGE DE DEBUT	%
GAULME	3 ans	20%
FORESTIER	3 ans	26,3%
NORCROSS	3 ans	35%
SERIE PERSONNELLE	3 ans	11,9%

Tableau 5 - Fréquence des polyarthrites infantiles avant l'âge de 3 ans. Comparaison statistique.

Si 45,2% de nos observations comportent un âge de début antérieur à la sixième année de la vie, ce qui concorde avec les données de la littérature, nous n'avons pas retrouvé le pic de fréquence de la 3ème année qu'il est classique de signaler. En effet (tableau 6) :

. 8 de nos malades sont âgés de moins de 4 ans, soit 19%.

.../..

. 22 sont âgés de 4 à 8 ans, lors de l'apparition des premiers signes de la maladie, soit 52,5%, et représente le maximum de fréquence de notre série et ne correspond pas aux données de la littérature.

. 8 sont âgés de 8 à 12 ans, soit 19%.

. 4 sont âgés de 12 à 15 ans, soit 9,5%.

L'âge moyen de nos malades est de 7 ans.

AGE DE DEBUT	Nbre DE CAS	%	AGE MOYEN
0 - 4 ans	8	19	7 ans
4 - 8 ans	22	52,5	
8 - 12 ans	8	19	
12 - 15 ans	4	9,5	

Tableau 6 - Ages de début

La survenue de cette affection au cours de la première année de la vie est un fait assez rare :

- Un des 12 malades de STILL était âgé de 15 mois, lorsque débuta la maladie.

- EDSTROM, GROKOEST, et CATHALA ont rapporté 4 cas ayant débuté entre 4 et 10 mois, alors que LE BAUDOUR et FREYBERG ont observé le cas le plus précoce, à notre connaissance, survenu à l'âge de 2 semaines.

Pour notre part, 4 de nos malades ont été atteints précocement :

. A l'âge de 7 mois, obs. 34 et 41,

. A l'âge de 10 mois, obs. 32,

. A l'âge de 1 an, obs. 36.

IV - FACTEURS DECLENCHANTS

Diverses circonstances pathologiques ont été incriminées comme étant le starter des polyarthrites infantiles et sont retrouvées avec une fréquence variable sans que l'on puisse affirmer avec certitude leur rôle déclenchant.

.../..

1°/ L'atteinte des voies respiratoires supérieures :

Nous avons retrouvé, dans 15 cas, une notion d'angine précédant les manifestations cliniques, soit 36% des cas.

Cette fréquence est estimée diversement selon les auteurs qui la chiffrent de 10 à 55%.

2°/ Un état dentaire défectueux, avec surinfection locale : a été noté dans 2 cas (Obs. 2 et 18).

3°/ L'existence d'un traumatisme causal, cité dans un nombre non négligeable de cas (5 à 10%) (BILLE, EDSTROM, PICKARD, SURY) ainsi que la notion de vaccination (antivariolique, antidiphtérique), suivie de polyarthrite, n'ont jamais été observés parmi nos malades.

V - INCIDENCE FAMILIALE

L'incidence familiale est affirmée par différents auteurs :

- SAIRANEN retrouve une polyarthrite chez 30% des ascendants de ses malades ;

- SURY relève, dans ses observations, 9% de cas familiaux.

- HELLSTROM, parmi les répondants de 48 malades, retrouve 4 RAA ou polyarthrite rhumatoïde.

- TOUMBIS note 4 RAA et 6 polyarthrites chez 97 répondants de 28 enfants de sa série.

- ROBECCHI rapporte le cas où 4 enfants d'une même lignée sont atteints de polyarthrite chronique.

- EDSTROM a noté l'atteinte de 5 enfants de la même lignée, issus d'une mère rhumatisante.

- AUQUIER et coll. retrouvent chez les répondants de 108 malades 15 cas où existe un antécédent de rhumatisme inflammatoire dont 5 RAA.

Dans notre étude, nous avons rencontré un cas familial où 5 enfants de la même lignée présentaient une polyarthrite rhumatoïde de type hydarthrodial. Trois d'entre eux figurent parmi nos observations : Obs. 3, 4 et 6.

.../..

VI - INFLUENCES DIVERSES

Deux de nos malades (Obs. 26 et 29) ont présenté un goitre diffus qui a immédiatement précédé l'apparition des signes articulaires.

MODE DE DEBUT : MANIFESTATIONS ARTICULAIRES

TABLEAU annexe A_2

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Epaules	D																					
	G																					
Coudes	D					X																
	G																					
Poignets	D				X								X	X			X	X		X	X	X
	G				X								X	X	X		X	X		X		X
Métacarpo phal.	D													X						X		
	G													X						X		
Interphalang.	D													X				X		X		
	G													X				X		X		
Hanches	D									X	X											
	G									X	X											
Genoux	D	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X					X		X	X	X
	G	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X					X	X	X		X
Chevilles	D	X			X		X	X		X	X	X				X	X	X		X		X
	G	X			X		X	X		X	X					X	X	X		X		X
Pieds	D																					
	G																					

MODE DE DEBUT : MANIFESTATIONS ARTICULAIRES

TABLEAU Annexe A_3

	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Epaules D																					
Epaules G																					
Coudes D				×																	
Coudes G				×																	
Poignets D		×		×			×					×						×			
Poignets G		×		×			×					×						×			
Métacarphal. D											×										
Métacarphal. G											×										
Interphalang. D											×										
Interphalang. G											×										
Hanches D																					
Hanches G																					
Genoux D	×	×	×	×	×	×						×	×		×			×		×	×
Genoux G		×	×	×	×	×						×	×		×			×		×	×
Chevilles D		×	×	×	×		×	×	×	×		×	×	×	×	×		×	×	×	×
Chevilles G		×	×	×	×		×	×	×			×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Pieds D											×										
Pieds G											×										

CIRCONSTANCES ET MODES DE DEBUT

(Tableau Annexe n°

A la période initiale de la maladie, les atteintes articulaires ne font jamais défaut et se traduisent, dans la majorité des cas, par une arthrite, comme l'indique le tableau 7 :

TYPE DE L'ATTEINTE	Nbre DE CAS	%
Arthralgies	10	23,8%
Arthrite	32	76,2%

Tableau 7 - Types de l'atteinte articulaire au début de la maladie.

L'analyse de la répartition articulaire, parmi nos observations, permet d'individualiser différents modes de début :

FORME DE DEBUT	Nbre DE CAS : 42	%
Monoartic.	7	16,6%
Oligo-art.	11	26,4%
Polyartic.	24	57%

Tableau 8 - Formes cliniques de début.

1°/ Les formes à début mono-articulaire où une seule articulation est atteinte pendant trois mois.

2°/ Les formes à début oligo-articulaire où jusqu'à 3 grosses articulations peuvent être atteintes.

.../..

3°/ Les formes à début polyarticulaire où 4 articulations ou plus peuvent être concernées par le processus inflammatoire, soit d'emblée soit progressivement étalées sur trois mois.

4°/ Il faut souligner que nous n'avons noté aucune forme à début rachidien.

I - FORMES A DEBUT MONOARTICULAIRE

(Obs. 8, 11, 14, 18, 22, 31, 38)

Elles sont les moins fréquentes et représentent le 1/6ème des cas, soit 16,6% (7 cas sur 42). Elles semblent être l'apanage exclusif des formes féminines de l'affection dans notre série.

La polyarthrite infantile à début mono-articulaire touche avec prédilection les membres inférieurs et exclusivement les genoux et les chevilles avec une égale fréquence (3 cas chacun). Le poignet n'est que rarement intéressé (1 cas sur 7).

La fréquence des formes mono-articulaires est diversement appréciée selon les auteurs et varie de 9 à 39%, comme l'indique le tableau 9.

AUTEURS	FREQUENCE %
NORCROSS	9%
WALSH	18%
MARTELL	21%
TOUMBIS	26%
EDSTROM	30%
CALABRO	30%
AUQUIER	30%
GROKOEST	39%
BUSSIERE	33,33%
SERIE PERSONNELLE	17,6%

Tableau 9 - Fréquence du début mono-articulaire. Comparaison statistique.

.../..

La répartition des atteintes articulaires notée dans la littérature correspond à celle que nous avons observée et met en relief l'atteinte élective du genou et de la cheville, la rareté de l'atteinte du poignet et de la coxite à cette phase de la maladie (Tableau 10).

Localisations articulaires	BUSSIERE	GROKOEST	SERIE PERSONNELLE
Genoux	15	22	3
Chevilles	2	8	3
Hanches	2	0	0
Pieds	0	1	0
Tendon d'Achille	0	4	0
Poignets	1	2	1
Doigts	0	4	0

Tableau 10 - Répartition des atteintes articulaires au cours des formes mono-articulaires. Comparaison statistique.

II - FORMES A DEBUT OLIGO-ARTICULAIRE

Plus fréquentes sont les formes à début oligo-articulaire . Elles représentent 11 cas sur 42, soit 26,4%.

La répartition des atteintes articulaires permet de dégager les notions suivantes :

Localisations	Bilatérales	Unilatérales	Total
Genoux	3	2	5
Chevilles	6	0	6
Poignets	0	1	1
Coudes	0	1	1

Tableau 11 - Répartition des atteintes articulaires au cours des oligo-arthrites.

.../..

. *Au cours des oligo-arthrites que nous avons observées, il est remarquable de noter que, dans tous les cas, deux grosses articulations seulement sont atteintes.*

. *La prédominance au niveau des membres inférieurs est frappante et montre la prédilection pour les chevilles et les genoux qui sont touchés dans des proportions pratiquement identiques, et dans tous les cas.*

. *L'atteinte du genou peut être soit bilatérale soit unilatérale mais la localisation aux chevilles est toujours symétrique.*

. *Le membre supérieur n'est intéressé que dans deux observations où,à une atteinte unilatérale du genou, s'associe une arthrite du coude, dans l'observation 5, une localisation au poignet, dans l'observation 20. Dans les deux cas, l'atteinte est homolatérale droite.*

. *Ceci permet de constater que, dans 9 cas sur 11, les oligo-arthrites réalisent une atteinte symétrique des membres inférieurs, localisée dans un tiers des cas aux genoux et dans les deux tiers des cas aux chevilles.*

III - FORMES A DEBUT POLYARTICULAIRE

. *Les formes à début polyarticulaire sont les plus fréquentes et représentent 57% des cas soit 24 cas, sur 42*

. *Cette forme de début affectionne particulièrement les membres inférieurs puisque cette localisation ne fait défaut que dans un cas où les membres supérieurs sont atteints exclusivement (Obs. 13).*

. *La répartition des atteintes articulaires au cours de ce mode de début permet de noter que la cheville est concernée dans 91,6% des cas, le genou dans 83,33%, le poignet dans 50% des cas. Les mains, les hanches, les coudes et les pieds ne sont que rarement concernés par le processus rhumatismal(Tableau 12).*

Localisations	*Nb. de cas : 24*	*%*
Chevilles	*22 /24*	*91,6*
Genoux	*20 /24*	*83,33*
Hanches	*2 /24*	*8,33*
Pieds	*1 /24*	*4,17*
Poignets	*12 /24*	*50*
Mains	*5 /24*	*20,8*
Coudes	*1 /24*	*4,17*

Tableau 12 - Répartition des atteintes articulaires au cours des formes polyarticulaires à la phase de début.

Il faut souligner que, dans la moitié des cas, les formes polyarticulaires atteignent exclusivement les membres inférieurs.
Les genoux et les chevilles sont toujours concernés d'une manière symétrique et bilatérale.
Dans 2 cas, une coxite bilatérale faisait partie de la scène clinique (Obs. 9 et 10).

Les membres supérieurs sont concernés par le processus rhumatismal dans 12 cas, soit 50%. Une seule de ces observations comporte une atteinte exclusive des membres supérieurs, avec localisation au niveau des poignets et des mains (Obs. 13).

Dans les 11 cas restants, l'atteinte des membres supérieurs et des membres inférieurs sont ***associées.***

Il est remarquable de noter que, dans ces formes, la hanche n'est jamais touchée et que seuls les genoux et les chevilles sont concernés d'une manière bilatérale et symétrique (10 cas/11).

L'étude des formes à début polyarticulaire permet de dégager les notions suivantes :

1°/ La quasi constance de l'atteinte des membres inférieurs (23/24).
2°/ L'atteinte, dans 50% des cas seulement, des membres supérieurs : avec la constance de l'atteinte du poignet qui est toujours bilatérale (11/12), la moindre fréquence de la localisation des mains (5 cas) et la rareté de l'atteinte du coude (1 cas), enfin, l'intégrité de l'articulation de l'épaule.
3°/ La rareté de la coxite au cours de la phase de début des PCEI et leur appartenance exclusive aux formes polyarticulaires.

.../..

IV - MANIFESTATIONS RACHIDIENNES

L'absence d'atteinte rachidienne au cours des polyarthrites infantiles en phase de début est un signe négatif important à connaître.

Nous n'avons noté aucune manifestation rachidienne ni inaugurale ni associée à une atteinte articulaire.

V - MANIFESTATIONS GENERALES

. La fièvre élevée a été un élément du tableau inaugural dans 13 cas, accompagnée, dans 2 cas, d'éruptions cutanées, et, dans tous les cas, d'une altération de l'état général.

. Dans l'observation 39, il faut souligner que le début a été franchement bruyant, associant à une péricardite une polyarthrite atteignant les poignets, les genoux et les chevilles.

. Nous n'avons pas noté d'autres manifestations viscérales ouvrant la scène clinique.

De l'étude des manifestations articulaires périphériques, il ressort que :
1°/ L'atteinte élective des articulations des membres inférieurs, en particulier le genou et la cheville, respectivement à 66,66% et 71,42%.
2°/ L'atteinte fréquente, au cours des formes polyarticulaires, des articulations du poignet (50%).
3°/ La fréquence importante des formes polyarticulaires, 24 sur 42, soit 57%.
4°/ La rareté des monoarthrites, 7 cas sur 42, et leur prédominance féminine absolue dans notre série.
5°/ L'absence de signes rachidiens.

MANIFESTATIONS ARTICULAIRES A LA PERIODE DE PLEINE EVOLUTION — TABLEAU Annexe A4

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Epaules	D	×												×				×	×			
	G	×												×				×	×			
Coudes	D	×				×		×	×			×	×					×		×		×
	G	×						×				×	×					×		×		×
Poignets	D	×	×	×	×		×	×				×	×	×	×	×	×	×		×	×	×
	G	×	×	×	×		×	×			×	×	×	×	×	×	×	×		×		×
Métacarpophalang.	D	×			×		×	×				×	×	×	×		×	×	×	×		×
	G	×			×		×	×				×	×	×	×		×	×	×	×		×
Interphalang.	D	×			×		×	×				×	×	×	×		×	×	×	×		
	G	×			×		×	×				×	×	×	×		×	×	×	×		
Hanches	D	×		×					×	×			×						×			
	G	×		×					×	×			×						×			
Genoux	D	×	×	×	×	H ×	H ×	H ×	×	×			×		H ×			H ×	×	×	×	
	G	×	×	×	×	H ×	H ×	H ×	×	×	×		×		H ×			H ×	×	×		
Chevilles	D	×			×		×	×	×	×			×	×	×	×	×			×		
	G	×			×		×	×	×	×		×	×	×	×	×	×			×		
Pieds	D	×					×			×				×			×					
	G	×					×			×				×			×					
Rachis Cervical		×						×				×						×		×		

H = hydarthrose

LOCALISATIONS ARTICULAIRES A LA PERIODE DE PLEINE EVOLUTION

TABLEAU Annexe A_5

		22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
EPAULES	D			X																		
	G			X																		
COUDES	D					X			X				X		X	X					X	
	G					X			X				X		X	X					X	
POIGNETS	D		X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	G		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
METACARPOPHAL.	D		X		X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
	G		X		X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X			X	
INTERPHAL.	D				X		X	X	X		X	X	X		X	X	X				X	
	G				X		X	X	X		X	X	X		X	X	X				X	
HANCHES	D												X		X							
	G												X		X							
GENOUX	D	X	X	X	X	X							X	X	X	X			X		H X	X
	G	X	X	X	X	X							X	X	X	X			X		H X	X
CHEVILLES	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X
	G	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X
PIEDS	D						X	X	X		X	X					X					
	G						X	X	X			X					X					
RACHIS CERVICAL			X						X						X							

H = hydarthrose

PHASE D'ETAT OU DE PLEINE EVOLUTION

Après trois ans d'évolution en moyenne, le tableau de la maladie est réalisé. Il comporte, outre les manifestations articulaires qui sont au premier plan des atteintes diverses qui feront l'objet des études particulières qui suivent.

A cette phase de la maladie : l'atteinte des membres supérieurs, qui ne représentait que le tiers des cas au début, se généralise et prend le pas sur celle des membres inférieurs, puisqu'elle est retrouvée dans 40 cas sur 42, soit 95%.

- La localisation au poignet devient capitale et la plus fréquente des atteintes articulaires (36 cas sur 42), soit 85,7%, suivie par celle des mains, 66,66%.

- L'atteinte des membres inférieurs reste très importante, touchant les chevilles et les genoux, dans des proportions voisines, respectivement 73,8% et 66,66%.

- La coxite, rare au début (2 cas sur 42), atteint le 1/6ème des cas. Elle se traduit surtout par une atteinte clinique et ne comporte pas autant de gravité qu'au cours des spondylarthrites de l'enfant car aucune ankylose n'a été observée à ce niveau.

- L'atteinte rachidienne, cervicale en particulier, réputée fréquente selon les auteurs (36 à 65%), n'a été retrouvée que dans 9 cas. Elle comporte une traduction radiologique dans la plupart des cas sous forme de bloc apophysaire postérieur dont le siège électif est C2-C3.

Mais cette atteinte rachidienne reste bien moins importante qu'au cours des Sp. A. infantiles et juvéniles, observées en Rhumatologie, particulièrement en ce qui concerne le rachis dorso-lombaire.

Il faut souligner :
1°/ Que toutes les mono-arthrites, observées ne sont que des formes de début, l'atteinte articulaire se complétant progressivement. Toutes sont devenues des polyarthrites.

.../..

2°/ Des oligo-arthrites de début, 3 seulement continueront à évoluer sur ce mode (Obs. 5, 20 et 30), alors qu'une des formes à début polyarticulaire est devenue une oligo-arthrite en phase d'état (Obs. 10).
3°/ Enfin, que dans l'écrasante majorité des cas (95%), l'atteinte articulaire à la phase d'état est polyarticulaire.

Les signes systémiques sont fréquemment retrouvés, particulièrement les adénomégalies et les splénomégalies (respectivement 52,36% et 33,33%).

. Les atteintes oculaires et cutanées ne sont que rarement retrouvées (2 cas chacun).
. Par contre, des anomalies cardiaques sont notées dans 8 cas, dont 3 I. M., localisation valvulaire, classiquement rare au cours de cette affection.

Localisations	BUSSIERE	SERIE PERSONNELLE
Epaules	16,6%	11,9%
Coudes	30%	35,77%
Poignets	61%	85,71%
Mains	56,6%	66,66%
Hanches	35%	19%
Genoux	80%	66,66%
Chevilles	50%	73,8%
Pieds	36,6%	28,57%
Rachis cervical	31,6%	21,42%
Sacro-iliaques	12,5%	4,76%

Tableau 13 - Localisations articulaires au cours des polyarthrites infantiles. Comparaison statistique. Les différences notables sont soulignées.

.../..

I - MANIFESTATIONS ARTICULAIRES PERIPHERIQUES

A/ ARTICULATIONS DES MEMBRES SUPERIEURS

I/ Poignets (Tableau 14) :

Si à la phase de début l'atteinte du poignet faisait défaut dans deux cas sur trois, elle n'a pas manqué de se généraliser à la phase d'état puisque 36 cas sont relevés, soit 85,71% des cas.

Dans un tiers des cas, l'atteinte du poignet est initiale (14 cas sur 42), presque toujours bilatérale et symétrique, faisant partie d'une forme polyarticulaire.

Dans un cas seulement, l'atteinte du poignet résumait toute la symptomatologie inaugurale.

Etude radiologique :

. Sur les 36 cas, atteints cliniquement, 23 cas seulement possédaient une traduction radiologique, soit 63,8%.

. Les lésions radiologiques, observées, se répartissent comme l'indique le tableau suivant :

Lésions radiol.	Nbre de cas/36	%
Déminéralisation	17	47,2%
Réaction périostée	1	2,77%
Pincement interligne	1	2,77%
Disparition interligne	7	19,39%
Encoches contours	2	5,54%
Géodes	7	19,39%
Fusions osseuses	7	19,33%
Troubles ossific.	21	58,33%

Tableau 14 - Lésions radiologiques observées au cours de l'atteinte du poignet.

Ce qui met en évidence la fréquence de la déminéralisation simple, ainsi que celle des troubles de la maturation osseuse, la fréquence modérée des fusions osseuses qui représentent 19,33% des cas atteints.

Nous avons étudié dans le tableau 15, les corrélations radiocliniques en fonction de la durée d'évolution :

.../..

EVOLUTION EN ANNEES	CLINIQUE						RADIOLOGIE							
	Arthrite	Limitation	Tumeur du carpe	Raideur	Déformation	Ankylose	Déminéralisation	Réaction Périostée	Disparition de l'interligne	Encoches des contours	Géodes	Fusion	Pincement interligne	Trouble ossification
0 - 2 ans (20 cas)	7	4	5		2	4	8	I		2	I	I		8
3 - 4 ans (8 cas)	3	2	3	I	4	2	4		I		2	I		4
5 - 7 ans (5 cas)	2	I			I	3	3		4		3	3		2
+ 8 ans					2	3	2		2		I	2	I	3

TABLEAU I5 POIGNET CORRELATIONS RADIOCLINIQUES EN FONCTION DE LA DUREE D'EVOLUTION

Ce tableau permet de constater que plus la maladie évolue, plus les risques d'ankylose surtout radiologique sont élevés puisque, parmi 8 malades ayant plus de 5 ans d'évolution, on relève : 6 ankyloses cliniques dont 5 présentent des images de fusion des os du carpe, et que, parmi les 28 malades ayant moins de cinq années d'évolution, s'il existe certes , six ankyloses cliniques, le tiers d'entre elles seulement présentait des images de fusion des os du carpe. Enfin, il faut souligner que les limitations et les ankyloses au niveau du poignet peuvent apparaître précocément au cours des premières années d'évolution.

Maturation osseuse :

. Nous avons étudié, au niveau du carpe, des épiphyses radiales et cubitales, du poignet et des os de la main, les troubles de la maturation osseuse. Ceci nous a permis de relever 21 troubles de l'ossification qui se répartissent comme suit :

11 exacerbations de l'ossification
10 retards de l'ossification.

. Au niveau des os longs, nous avons remarqué des anomalies des cartilages de conjugaison soit soudure précoce, soit retard de l'ossification (3 cas)

II/ Mains :

L'atteinte des mains est rare à la phase de début et ne représente que 4 cas sur 42, soit 9,52%. A la phase d'état, elle tend à se généraliser, le plus souvent accompagnant une atteinte du poignet :

28 cas présentent une atteinte bilatérale des mains Chez tous les malades, elle fait toujours partie d'une atteinte polyarticulaire. Dans 1 cas seulement, les mains étaient concernées ainsi que les pieds, à l'exclusion de toute autre atteinte (Obs. 32).

La localisation au niveau des métacarpo-phalangiennes est plus fréquente que celle des interphalangiennes, comme l'indique le tableau 16.

.../..

LOCALISATIONS	Nbre de cas	%
Métacarpophalang.	28	66,66
Interphalangiennes	23	54,76
Mains + Poignets	28	66,66

Tableau 16 -

. L'atteinte des mains évolue beaucoup plus fréquemment vers la déformation que vers l'ankylose (Tableau 17) :

Localisations	Nbre de cas	Déformation	Désaxation	Limitation mouvements	Ankylose
Métacarpo-phalangien.	28	15	3	7	10
Interphalan-giennes	23	16	5	6	5

Tableau 17 - Manifestations cliniques au niveau des mains

. Les déformations sont plus fréquentes au niveau des doigts où elles atteignent les 2/3 des cas qu'au niveau des métacarpophalangiennes où elles touchent la moitié des cas.

. Les désaxations, généralement sous forme de déviations en coup de vent cubital, sont rarement retrouvées, avec une fréquence sensiblement égale au niveau des deux localisations.

. La limitation des mouvements de ces articulations représente le quart des atteintes dans les deux cas.

. L'ankylose est beaucoup plus importante au niveau des métacarpophalangiennes (1/3 des cas) qu'au niveau des interphalangiennes (1/5 des cas).

.../..

Si les mains sont intéressées cliniquement dans 66,66% des cas, leur traduction radiologique est quatre fois moins fréquente, puisqu'elle n'est retrouvée que dans 7 cas sur 28. Les lésions observées sont analysées dans le tableau N° 18 :

Localisations	Nbre cas cliniques	Nbre cas RX	Déminéralisation	Encoches	Désaxation	Ankylose
Métacarpo-phalangien.	28	7 mains	5	1	3	0
Interphalangiennes	23		5	1	5	3

Tableau 18 - Lésions radiologiques au niveau des petites articulations des mains.

Il est remarquable de noter que l'ankylose radiologique est l'apanage exclusif des articulations interphalangiennes, de même que les désaxations qui sont plus fréquentes à ce niveau.

III/ Coudes :

Exceptionnellement atteint à la phase de début, où l'on compte deux cas, soit 4,76%, le coude est concerné dans 15 cas à la phase d'état, soit une fréquence de 35,77%.

. 13 de ces cas réalisent une atteinte bilatérale au cours de formes polyarticulaires exclusivement.

. L'atteinte du coude est unilatérale chez deux de nos malades, faisant partie d'une oligo-arthrite avec hydarthrose des genoux, dans l'observation 5, d'une polyarthrite atteignant les grosses articulations des membres inférieurs, dans l'observation 8.

Dans un cas, observée à la période de début, l'atteinte du coude a totalement disparu à la phase d'état (Obs. 25).

Cette localisation se traduit toujours par des douleurs de type inflammatoire. Elle évolue, dans la majorité des cas,

.../..

vers la limitation des mouvements mais jamais vers l'ankylose ni la désaxation, comme l'indique le tableau 19 :

Nbre de coudes	Déformation	RAI.	LIM.	Ankylose	Désaxation	RX
15	2	1	9	0	0	3

Tableau 19 -

La déformation n'est que rarement notée de même que la raideur.

Cette atteinte clinique n'a de traduction radiologique que dans 20% des cas (3 cas sur 15) :

. Obs. 1 - Les lésions consistaient en un effacement de l'interligne articulaire, avec périostite et ostéophytose.

. Obs. 26 - Irrégularité de la tête radiale, avec ostéophytes.

. Obs. 41 - Déminéralisation diffuse des épiphyses articulaires.

IV/ Epaules :

L'intégrité de l'articulation de l'épaule, durant le début de la maladie, ne persistera pas et, au bout de quelques mois, l'épaule est concernée par le processus rhumatismal.

A la phase d'état, les épaules ne sont atteintes que dans 5 cas (Obs. 1, 13, 17, 18, 24), soit 11,9% ; cette localisation est toujours bilatérale, se traduisant par une douleur de type inflammatoire. Elle évolue rarement vers la limitation des mouvements (1 cas sur 5, Obs. 1).

. Elle n'a de traduction radiologique que dans un cas, Obs. 1, où il existe une tête humérale, remaniée, applatie et déminéralisée.

.../..

B/ ARTICULATIONS DES MEMBRES INFERIEURS

L'atteinte des articulations des membres inférieurs, prépondérante à la phase de début, reste très importante à la phase d'état, mais moins fréquente que celle des membres supérieurs.

Nous étudierons successivement, par ordre de fréquence :

- *Les chevilles : 31 cas sur 42, soit 73,8%*
- *Les genoux : 28 cas sur 42, soit 66,66%*
- *Les pieds : 12 cas sur 42, soit 28, 56%*
- *Les hanches : 8 cas sur 42, soit 19%.*

I/ Les chevilles :

La localisation aux chevilles est la plus fréquente au niveau des membres inférieurs et représente 73,8%, alors qu'elle est retrouvée par BUSSIERE que dans 50% des cas.

Elle est inaugurale dans 9 cas, soit 21,42% :
- Dans 3 observations (11, 31, 38), elle revêt l'aspect d'une monoarthrite qui va évoluer pendant 4 à 9 mois, avant de se transformer en une forme polyarticulaire. Il est remarquable de noter que, dans l'observation 31, l'atteinte de la cheville qui a évolué pendant 9 mois a régressé, laissant place à une polyarthrite atteignant les poignets, les métacarpophalangiennes et interphalangiennes, et le pied droit.

- Dans 6 cas : l'atteinte est inaugurale sous forme d'une oligoarthrite, touchant les deux chevilles (Obs. 15, 29, 30, 35, 37, 40). Toutes vont évoluer progressivement vers une forme polyarticulaire en l'espace de 14 mois en moyenne, sauf l'observation 30 qui continue à évoluer sur ce mode pendant 1 an.

Dans 21 cas, elle fait partie de la symptomatologie initiale, au cours des formes polyarticulaires. L'atteinte est alors bilatérale et symétrique.

En phase d'état, il faut souligner que certaines localisations aux chevilles ont totalement disparu (Obs. 17, 21, 31, 33). Par contre, d'autres se sont installées alors qu'elles étaient absentes en phase de début (Obs. 8, 12, 13, 22, 27).

.../..

Le caractère régressif de l'arthrite tibio-tarsienne n'a jamais été noté au niveau du poignet.

La douleur inflammatoire reste le maître signe de l'atteinte tibio-tarsienne puisqu'elle ne manque jamais.

Une fois installée, la localisation aux chevilles évolue dans un tiers des cas vers les déformations. Un cas sur 5 réalise une limitation nette des mouvements, alors que l'ankylose est observée chez un malade sur 6, comme l'indique le tableau 20 :

Durée d'évolution	Arthrite	Déformation	Limitation	Ankylose	RX
0-2 ans	10	4	3	2	0
3-4 ans	3	2	1	2	2
5-7 ans	3	2	2	0	0
8 ans et +	1	2	0	1	0

Tableau 20 - Aspects de l'atteinte des chevilles. Traductions radiologiques.

Ceci permet de constater que, si l'atteinte clinique de la cheville est fréquente, ses manifestations radiologiques sont très rares, puisqu'elles ne sont retrouvées que dans 2 cas sur 31 (Obs. 9 et 25), sous forme de déminéralisation sans aucune autre altération radiologique.

II/ Les genoux :

La localisation aux genoux est moins fréquente que celle des chevilles. Elle est retrouvée dans les deux tiers de nos cas, alors que BUSSIERE la retrouve dans 80% des observations de sa série (60 cas).

- Elle est inaugurale dans 21,42% des cas (6 cas sur 31) :

. monoarticulaire dans les observations 8, 18, 22,

. oligo-articulaire, touchant les deux genoux, dans les cas 2, 3 et 27.

.../..

EVOLUTION (EN ANNEES)	CLINIQUE					RADIOLOGIE							
	Arthrite	Hydarthrose	Limit. mouv.	Déformation	Ankylose	Déminéralis.	Epaississ. parties molles	Pincement interligne	Erosion	Contours irréguliers	Troubles ossification	ossification paraarticulaire	Désaxation
1 à 2 ans (I5 cas)	I0	2	6	3	I	4	2			I	I		
3 à 4 ans (6 cas)	6	2	I	I		I		I			0		
5 à 7 ans (7 cas)	0	0	3	I		3		2		3	I	I	2
+ de 8 ans (3 cas)	3	2	I	I		2		I	I	I	I		

TABLEAU 2I ATTEINTES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES DU GENOU EN FONCTION DE LA DUREE D'EVOLUTION

Les formes monoarticulaires sont toutes devenues polyarticulaires, de même que les trois oligo-arthrites inaugurales qui n'ont évolué sur ce mode que pendant 10 mois en moyenne. Cependant, dans l'observation 27, les phénomènes inflammatoires ont totalement disparu au niveau des genoux, n'atteignant plus que les poignets, les mains et les pieds. Cet aspect régressif de l'atteinte du genou a été signalé au niveau des chevilles.

- Dans 22 cas, la localisation aux genoux est comprise dans la symptomatologie initiale, rarement dans le cadre d'une oligo-arthrite (2 cas : Obs. 5 et 20), plus généralement au cours d'une atteinte polyarticulaire (20 cas sur 28, soit 71,42%).

- Les différents aspects, traduisant la prise des genoux par le processus rhumatismal, sont analysés dans le tableau 21, de même que leur traduction radiologique, en fonction de la durée d'évolution.
Ce qui nous a permis de constater :

1°/ Une arthrite des genoux dans 19 cas sur 28. Les phénomènes inflammatoires semblent s'atténuer à ce niveau, au fil des années. En effet, l'arthrite est deux fois plus fréquente au cours des cas évoluant depuis moins de 5 ans (16/21) que dans les cas ayant plus de 5 ans d'évolution (3/7) (Cf. Tableau 21).
Par contre, la limitation des mouvements du genou est plus fréquente au cours des formes évoluées, puisque le tiers des cas évoluant depuis moins de 5 ans a des genoux limités, dont 6 précocément après 2 ans d'évolution, et que 57,1% des cas évoluant depuis plus de 5 ans présentent une nette limitation des mouvements.

2°/ Une hydarthrose bilatérale dans 6 cas (Obs. 5, 6, 7, 14, 18, 41).

3°/ Des déformations diverses dans 6 cas.

4°/ Le caractère exceptionnel de l'ankylose clinique, notée dans 1 cas seulement (Obs. 33).

5°/ L'aspect régressif de cette atteinte a été noté dans 4 observations (10, 18, 21, 27).

.../..

6°/ Les lésions radiologiques fréquentes, 50% des cas, sont étudiées dans le tableau 22 :

Lésions RX	*Nbre de cas*	*% sur 28 cas cliniques*
Epaississement des parties molles	*2*	*7,14%*
Déminéralisation	*10*	*35%*
Pincement articulaire	*4*	*14,3%*
Erosion	*1*	*3,57%*
Irrégularité des contours	*5*	*17,5%*
Troubles de l'ossification	*3*	*10,71%*
Ossification para-articulaire	*1*	*3,57%*
Désaxation (Valgus)	*2*	*7,14%*

Tableau 22 - Lésions radiologiques au niveau des genoux.

Il semble donc que l'atteinte du genou comporte un pronostic fonctionnel meilleur que celui des chevilles où les ankyloses sont 5 fois plus fréquentes. Par contre, sur le plan radiologique, l'atteinte du genou est toujours plus importante et réalise parfois d'importantes lésions destructives au niveau de cette articulation.

III/ Les pieds :

Les pieds sont moins souvent concernés et ne représentent que 28, 56% des cas, alors que BUSSIERE les note plus fréquemment : 36, 6%.

.../..

Ils n'ont jamais ouvert la scène clinique et n'ont fait partie de la symptomatologie initiale que dans un cas seulement, associés à une atteinte des petites articulations des mains (Obs. 32).

Dans les 11 cas restants, la localisation aux pieds s'est installée au cours de la phase de pleine évolution de la maladie, unilatérale dans l'observation 31, bilatérale dans les autres cas, faisant partie de formes polyarticulaires (Obs. 1, 6, 9, 13, 16, 27, 28, 29, 37, 38).

Elle évolue dans près de la moitié des cas (5 cas sur 12) vers des déformations. La limitation n'est que rarement retrouvée (Obs. 16 et 29) mais l'ankylose est notée dans 1/3 des cas (Obs. 1, 6, 28, 36).

Les articulations médio-tarsiennes sont intéressées par le processus rhumatismal dans 5 cas, les interphalangiennes dans 9 cas, les métatarso-phalangiennes dans 11 cas.

Dans l'observation 38, l'atteinte des pieds s'est traduite par des pieds plats, douloureux, acquis.

La localisation aux pieds comporte une traduction radiologique dans 1/3 des cas, avec des anomalies toujours très importantes :

- *Obs. 1 : Panarthrite avec pont osseux astragalo-calcanéen.*
- *Obs. 6 : Effacement des interlignes articulaires des articulations métatarso-phalangiennes et interphalangiennes.*
- *Obs. 13 : Ankylose radiologique des articulations interphalangiennes avec désaxation.*
- *Obs. 29 : Altération des interlignes articulaires des petites articulations avec télescopage entre le scaphoïde et le cunéiforme.*

Il semble donc que les localisations aux genoux et aux pieds ont une traduction radiologique beaucoup plus sévère que celles des chevilles dont l'intégrité radiologique est la règle.

.../..

IV/ Les hanches (Tableau 23) :

- La coxite est nettement moins fréquente au cours des polyarthrites infantiles qu'au cours des spondylarthrites ankylosantes. Elle représente seulement 19% des cas alors qu'elle est retrouvée dans 36% de la série de BUSSIERE et dans 63,5% des observations de JACQUELINE.

- La coxite n'a été initiale que dans 2 cas (4,77%) faisant partie d'une forme polyarticulaire, atteignant les grosses articulations des membres inférieurs.

- En phase d'état, l'atteinte s'est complétée dans 7 cas (Obs. 1, 3, 8, 12, 18, 33, 35) et a régressé totalement dans l'observation 10, fait qui n'a jamais été observé au cours des coxites des spondylarthrites ankylosantes de l'enfant.

- Elle se traduit cliniquement par une douleur inflammatoire qui ne fait jamais défaut. Elle évolue dans la moitié des cas (4 sur 8) vers une limitation modérée des mouvements mais jamais vers l'ankylose, caractères qui l'opposent à l'atteinte de la hanche au cours des spondylarthrites de l'enfant et de l'adolescent.

- La coxite n'a de traduction radiologique notable que dans 3 cas où l'on note respectivement :

. Obs. 3 : Encoches au niveau de l'articulation.
. Obs. 9 : Déminéralisation avec léger pincement de l'interligne articulaire.
. Obs. 18 : Affaissement de la tête fémorale dans sa partie interne et bascule bilatérale des épiphyses fémorales.

alors que les lésions, observées au cours des spondylarthrites, sont bien plus importantes et plus fréquentes.

.../..

Durée d'évolution	N° Obs.	Age de début	Clinique	Radiologie
1 à 2 ans	3	6	Douleur	Petites encoches
	33	10	Douleur + extension limitée	Normale
3 à 4 ans	9	13	Douleur	Déminéralisation, léger pincement de l'interligne
	35	8	Limitations des mouvements	Déminéralisation
5 à 7 ans	8	3	Douleur	Normale
	12	6	Douleur	Normale
	18	7	Boiterie	Tête fémorale affaissée dans sa partie interne - Bascule des épiphyses.
Plus de 8 ans	1	5	Limitation - Douleurs	Déminéralisation

Tableau 23 - Atteinte clinique et radiologique de la hanche en fonction de la durée d'évolution.

II - MANIFESTATIONS RACHIDIENNES

A/ RACHIS CERVICAL

La localisation au rachis cervical a longtemps été considérée comme l'apanage des polyarthrites infantiles. Sa fréquence est diversement appréciée selon les auteurs qui la chiffrent de 10 à 50%. BUSSIERE l'estime à 31,6%. Dans notre série, nous la retrouvons dans 9 cas, soit 21,4%. Elle est ainsi moins fréquente qu'au cours des spondylarthrites ankylosantes de l'enfant où elle est chiffrée à 32,4%.

Les manifestations cervicales se traduisent le plus souvent par une limitation des mouvements de latéralité et d'extension avec raideur. Ces phénomènes sont toujours apparus en période d'état, l'atteinte cervicale n'ayant jamais ouvert la scène clinique.

Le tableau 24 permet de résumer les différentes manifestations cliniques et radiologiques au niveau du rachis cervical.

.../..

N° Obs.	Clinique	Radiologie
1	Douleur - Limitation (Extension, Flexion, rotation)	Déminéralisation importante
7	Raideur - Limitation (Extension et flexion)	Bloc apophysaire post C2-C3
11	Limitation, extension et rotation	Normal
13	Limitation douloureuse	Bloc interapophysaire point C2-C3
17	Douleur	Normal
19	Limitation - Douleur	Bloc interapophysaire point C2-C3
23	Douleur - Limitation - Raideur	Bloc vertébral avant C1-C2
29	Douleur	Normal
35	Limitation - (flexion et extension)	Déminéralisation

Tableau 24 - Atteinte de la colonne cervicale. Manifestations cliniques et radiologiques.

Il faut souligner que, sur 9 cas, les 2/3 présentent d'importants remaniements surtout apophysaires postérieurs.

- Dans les observations 7, 13, 19, un bloc interapophysaire complet est noté, siégeant électivement au niveau de C2-C3.

- Dans l'observation 23, un bloc vertébral antérieur C1-C2 est réalisé, fait exceptionnellement signalé à notre connaissance.

- Les blocs apophysaires postérieurs sont donc deux fois plus fréquents (14,7%) au cours de la spondylarthrite ankylosante de l'enfant qu'au cours des polyarthrites, 7,14%.

B/ RACHIS DORSO-LOMBAIRE

Les manifestations rachidiennes dorso-lombaires sont cliniquement absentes. Dans deux cas, des anomalies radiologiques discrètes ont été relevées.

- Obs. 13 : - Condensation des berges antérieures des vertèbres.
- Léger pincement discal D10-D11

- Obs. 7 : - Rectitude modérée avec effacement de la lordose lombaire.

Elles s'opposent ainsi par leur rareté à celles, bien plus fréquentes, des spondylarthrites de cet âge de la vie.

III - ATTEINTE SACRO-ILIAQUE

Bien qu'elles soient l'apanage de la Sp. A, Marie E. CARTER, puis ANSELL et BYWATERS ont attiré l'attention, ces dernières années sur la fréquence des lésions sacro-iliaques au cours des polyarthrites infantiles, qu'ils retrouvent dans 25% des cas.

GROKOEST les note dans 17 % sur 110 cas,

BUSSIERE les évalue à 12,5%.

Dans notre série, deux cas seulement présentent une sacro-iliite bilatérale, soit 4,76% (Obs. 9 et 13), malgré une exploration radiologique systématique de tous les cas.

L'aspect des lésions sacro-iliaques a été schématisé depuis les travaux de LEBEAUDOUR et FREYBERG et de MARIE E. CARTER, en trois stades distincts :

a/ Dans un premier stade, il existe un flou de l'interligne, avec une légère irrégularité des bords et une ostéoporose, qui peut être associée à une condensation marginale.

b/ Dans le deuxième stade, s'observent des érosions débutantes, avec irrégularité des bords, associée ou non aux lésions du stade I.

c/ Dans le troisième stade, les lésions ne peuvent être distinguées en fait de celles de la spondylarthrite. Elles réalisent soit une ankylose complète, soit condensations et érosions importantes.

Les deux sacro-iliites que nous avons observées n'ont jamais eu de traduction clinique. Les lésions radiologiques sont discrètes et consistent, dans l'observation 9, en un léger remaniement des berges iliaques sous forme de condensation légère sans modification de l'interligne articulaire (Stade I).

Dans l'observation 13, il s'agit d'une condensation modérée des berges iliaques, avec légère irrégularité et discret flou de l'interligne articulaire (Stade I).

Ces atteintes correspondent toutes deux au stade I et sont apparues après 4 et 6 ans d'évolution.

.../..

Il faut souligner que les manifestations sacro-iliaques s'inscrivent l'une dans le cadre d'une maladie de Still (Obs. 9), avec sérologie rhumatismale négative, apparue à 13 ans, l'autre dans le cadre d'une polyarthrite chronique déformante et ankylosante, fortement séro-positive, avec un Waaler-Rose au 1/512ème, ayant débuté à l'âge de 15 ans.

La discrétion de l'atteinte sacro-iliaque au cours de nos polyarthrites infantiles s'oppose au caractère massif de la sacro-iliïte de la pelvispondylite de l'enfant et de l'adolescent, observée sur une série de 34 cas dans le service de Rhumatologie, et qui a toujours été présente au premier examen radiologique.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Adenopatnies		X	X		X		X			X	X			X	X		X	X		X	
Splenomegalie			X		X		X				X						X	X			
LOCALISATION Cardiaque		X			X									X							
LOCALISATION Occulaire					X																
Manifestation Cutanée					X																
Retard Staturo - Ponderal												X								X	
Divers					X																

	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Lymphopathies	X					X		X	X	X	X		X		X				X	X	X
Splenomegalie			X			X		X			X		X				X		X	X	
Localisation Cardiaque			X					X			X		X						X		
Localisation Oculaire		X																			
Manifestation Cutanée																					
Retard Staturo - Ponderal		X		X	X	X	X	X			X	X			X		X	X	X	X	
Divers					X			X												X	

MANIFESTATIONS EXTRA-ARTICULAIRES

A la phase de pleine évolution, les manifestations extra-articulaires sont fréquentes, notamment en ce qui concerne les adénomégalies et les splénomégalies.

Il faut souligner la fréquence des localisations cardiaques qui est bien plus importante que celles qui ont été observées au cours des spondylarthrites ankylosantes infantiles et juvéniles.

I - LES ADENOMEGALIES

Les adénomégalies sont retrouvées dans un peu plus de la moitié des cas (52,38%), accompagnées, dans 12 cas, d'une splénomégalie, et sont l'apanage des maladies de Still surtout (16 cas sur 28).

Elles siègent électivement au niveau des régions inguinales où elles sont notées 15 fois, toujours bilatérales, et des creux axillaires où elles sont présentes dans 12 cas, 9 fois bilatérales.

Les localisations cervicales, sous-maxillaires, épitrochléennes et occipitales ont été observées mais sont les moins fréquentes (Tableau 25).

Siège	Nbre cas	Unilatéral	Bilatéral	%	
Inguinales	15	0	15	68,18	
Axillaires	12	3	9	54,54	Nb. cas total 22
Cervicales	5	0	5	22,72	
S/maxillaires	4	1	3	18,18	
Epitrochléen.	2	0	2	9,09	
Occipitales	1	0	1	4,54	

Tableau 25 - Siège des adénomégalies

. *Les adénopathies siègent à une seule aire ganglionnaire dans 8 cas sur 22, soit 36,3%, se répartissant comme suit :*

.../..

- *Inguinales : 4 cas (Obs. 10, 15, 18, 40)*
- *Axillaires : 1 cas (Obs. 27)*
- *Sous-maxillaires : 2 cas (Obs. 20, 22)*
- *Cervicales : 1 cas (Obs. 32)*

. Dans près des deux tiers des cas, elles se localisent à 2 ou 3 aires ganglionnaires :

L'atteinte la plus fréquente est inguinale-axillaire, notée dans 6 cas,

Suivie par la localisation inguinale-axillaire-cervicale, 5 cas.

Les aires :
Axillaire-épitrochléenne et
Inguinale-sous maxillaire sont prises dans un cas chacune (Obs. 14 et 5).

. Enfin, dans l'observation 34, il existait des adénopathies généralisées,inguinales, axillaires, sous-maxillaires,épitrochléennes et occipitales.

Il faut souligner que, dans 20 cas, où les adénopathies existent :

. L'âge du début de la maladie est inférieur à 10 ans,

. 67,5% des malades, présentant des adénomégalies, sont âgés de moins de 7 ans,

. Enfin, dans les 4 cas à début précoce, les adénopathies sont retrouvées (Obs. 32, 34, 36, 41).

II - SPLENOMEGALIE

La splénomégalie est nettement moins fréquente que les adénomégalies. Elle est retrouvée dans 14 observations, soit 33,33%, associée dans 85,7% des cas à des adénomégalies (12 cas sur 14).

. L'association d'une adéno-splénomégalie avec une anomalie cardiaque est notée chez 4 malades (Obs. 29, 32, 34 et 40).

. Dans le cas 24, une splénomégalie isolée est associée à une insuffisance mitrale.

. Il faut souligner que, parmi les 12 adéno-splénomégalies, 11 sont observées avant l'âge de 10 ans, l'âge de début de la maladie étant en moyenne égal à 5 ans et 7 mois, chez ces malades.

.../..

III - ATTEINTE CARDIAQUE

L'atteinte cardiaque est bien plus fréquente au cours des polyarthrites infantiles qu'au cours des Sp. A. observées dans notre région, puisqu'elle atteint un 1/7 des cas (6 sur 42) et nous n'avons retenu que les anomalies patentes, tant auscultatoires que radiologiques ou électro-cardiographiques, tous nos malades ayant eu une exploration cardio-vasculaire systématique.

Le tableau suivant permet de résumer les fréquences données par la littérature :

AUTEURS	Nbre de cas d'atteinte	Série Nbre cas	%
STILL	5	12	41,66
THIRON	28	176	16
NEIMANN	1	20	5
FAUREAU et LAURIN	5	45	10
JORDAN	5	10	50
BUSSIERE	2	50	4
MOZZICONACCI	11	35	30
SERIE PERSON.	6	42	14,2

Tableau 26 - Fréquence des localisations cardiaques - Comparaison statistique.

Les anomalies cardiaques que nous avons observées se répartissent comme suit : (Tableau 27)

- Dans 3 cas (Obs. 24, 29 et 34), il existe une insuffisance mitrale indiscutable.

- Dans 1 cas (Obs. 39), une péricardite.

- Dans 2 cas, des souffles systoliques de pointe avec irradiation axillaire dont l'un est concomitant d'une ETA à 11/8 chez un nourrisson de 2 ans. L'exploration radiologique et électro-cardiographique est normale pour ces 2 cas.

Ceci nous permet de constater la fréquence des localisations valvulaires : 3 IM, fait non classiquement signalé.

.../..

OBS.	Age (ans)	Clinique	RX	ECG
24	12	IM	Cardiomégalie	HAG + HVG
29	11	IM : SS 4/6	Cardiomégalie	HAG + HVG
32	2	HTA : 11/8 SS pte - apex-axil. 3/6	N	N
34	1	IM : SS 2/6	Cardiomégalie	HVG
39	10	Péricardite	Cardiomégalie	Troubles diffus (ST-T)
40	10	SS 1/6 apex. -axil.	N	N

Tableau 27 - Localisations cardiaques

IV - LOCALISATIONS OCULAIRES

L'atteinte oculaire est rarement retrouvée dans notre série, 4,77% (soit 2 cas sur 42), malgré une exploration ophtalmologique systématique.

Il s'agit :
- Dans un premier cas, d'une uvéite, apparue au cours de l'évolution de la maladie à la troisième hospitalisation (Obs. 5).
- Dans le deuxième cas, de troubles observés à l'examen du fond de l'oeil (Obs. 38):

. OD : Papille légèrement hyperhémiée, avec flou nasal.
. OG : Légère pâleur papillaire.

Ces anomalies sont plus volontiers rencontrées au cours de la maladie Lupique bien que la recherche de cette maladie soit restée négative.

.../..

V - MANIFESTATIONS CUTANEES

Elles n'ont été observées que dans 2 cas (Obs. 5 et 33), soit 4, 77% des cas.

- Dans la première observation : elles ont l'aspect d'un érythème, siégeant surtout sur les membres et la face antérieure du thorax, ainsi que de nouures.

- Dans la deuxième observation, il s'agit d'un rash maculaire généralisé.

Il faut souligner que ces manifestations cutanées ont toujours fait partie de la symptomatologie initiale et ont accompagné les poussées évolutives.

VI - LA FIEVRE

La fièvre a été retrouvée dans 13 de nos observations, soit près du tiers des cas.

VII - MODIFICATIONS DE LA CROISSANCE

. La croissance a été retardée chez 15 malades, accompagnée d'un retard pondéral, particulièrement dans les cas 12, 23, 26, 27, 28, 36 et 41.

. Les anomalies de l'ossification ont été étudiées en même temps que l'articulation du poignet.

VIII - AFFECTIONS DIVERSES

- L'apparition d'un goitre, précédant les phénomènes articulaïres, a été notée dans 2 cas : Obs. 26 et 29.

- Dans l'observation 41, une hépatite interstitielle précirrhotique (PBF) est associée à la polyarthrite, les explorations hépatiques étant normales.

Les atteintes pleurales et digestives n'ont jamais été retrouvées.

L'étude analytique des manifestations articulaires périphériques et des signes extra-articulaires permet d'individualiser deux aspects cliniques différents :

L'un que l'on assimile à la maladie de Still et qui convient à 28 de nos cas, soit les deux tiers,

L'autre à la polyarthrite déformante et ankylosante et dont 14 cas y répondent. Les caractères suivants permettent de les définir telles que nous les avons observées.

1°/ La variété clinique, portant le nom de maladie de Still, est fréquemment observée sous nos climats et compte la majorité des cas des polyarthrites infantiles (2/3, soit 66,66%), alors que la polyarthrite chronique déformante et ankylosante (PCDA) ne représente que le 1/3 des cas.

2°/ L'âge de début de la maladie de Still est plus précoce que celui de la P. C. D. A. et se situe à l'âge de 6 ans en moyenne, avec des extrêmes variant de 7 mois à 15 ans, alors que celui de la P. C. D. A. est plus tardif, à 7 ans 1/2 en moyenne, avec des extrêmes variant de 4 à 15 ans.

3°/ Le mode de début est analysé dans le tableau 28 :

DEBUT	Monoartic.	Oligo-artic.	Polyartic.
STILL (28 cas)	5	7	16
PCDA (14 cas)	2	4	8

Tableau 28 - *Variétés cliniques. Modes de début.*

- Le mode du début polyarticulaire est d'une fréquence identique au cours des deux formes (8/14 et 16/28), soit 57,1% respectivement, et revêt toujours l'aspect d'une polyarthrite symétrique.

.../..

- Les oligo-arthrites représentent 25% des formes du début des maladies de Still (7/28), alors qu'elles sont un peu plus fréquentes au cours des PCDA (28,5%).

- Les monoarthrites sont d'une fréquence sensiblement égale dans les deux cas, avec respectivement 14,25% et 17,8%.

- Les cas ayant débuté d'une manière bruyante sont tous des maladies de Still.

4°/ En phase de pleine évolution : les manifestations articulaires permettent d'individualiser deux groupes distincts :

- 14 cas de PCDA, toutes polyarticulaires ;

- 28 maladies de Still dont 24 polyarthrites et 4 oligo-arthrites où il n'existe aucune atteinte radiologique alors que, cliniquement, le poignet est concerné dans 3 cas, ainsi que les genoux, les chevilles et les coudes.

	Monoarticulaire	Oligoarticulaire	Polyarticulaire
STILL (28 cas)	0	4	24
PCDA(14 cas)	0	0	14

Tableau 29 - Répartition des atteintes articulaires en fonction de la forme clinique en cours à la phase d'état.

a/ Manifestations articulaires :

1 - L'atteinte clinique du poignet est un peu plus fréquente au cours de la PCDA (92%) qu'au cours de la maladie de Still (82%).

L'évolution vers l'ankylose clinique est plus fréquente au cours de la PCDA.

2 - L'atteinte des épaules est d'une fréquence pratiquement identique dans les deux cas et n'a de traduction radiologique qu'au cours des PCDA.

.../..

3 - La localisation au coude est bien plus fréquente au cours du Still où elle représente les deux tiers des cas.

4 - Les mains sont plus fréquemment touchées au cours de la PCDA (71,4%) que dans le Still (64,12%).

5 - L'atteinte des chevilles est plus fréquente au cours de la PCDA (12/14), soit 90%, qu'au cours de la maladie de Still où elle représente 19 cas sur 28, soit 70% et où l'ankylose clinique est deux fois plus fréquente que dans les PCDA.

6 - Les genoux sont plus fréquemment concernés au cours de la maladie de Still (20 cas sur 28) qu'au cours de la PCDA (8/14) mais les lésions radiologiques importantes sont rencontrées exclusivement dans cette dernière. Les limitations des mouvements articulaires y sont d'une fréquence identique et l'ankylose clinique du genou a été observée au cours d'une maladie de Still (Obs. 33).

7 - Les pieds sont plus touchés par le processus inflammatoire dans la PCDA que dans le Still (58,3%). L'ankylose clinique et les atteintes radiologiques, toutes importantes, sont l'apanage de la PCDA.

8 - Les hanches sont intéressées avec une fréquence identique dans les deux variétés cliniques de la maladie .

b/ Manifestations cervicales :

. 6 PCDA sur 14 comportent une localisation cervicale, traduite dans 5 cas sur 6 par des anomalies radiologiques.

. 3 maladies de Still sur 28 présentent une atteinte cervicale clinique.

Ainsi, les manifestations cervicales apparaissent 4 fois plus fréquentes au cours des PCDA que dans les maladies de Still.

.../..

c/ L'atteinte sacro-iliaque a été notée dans un cas chacune (Obs. 9 et 13).

d/ Manifestations extra-articulaires :

Nous avons analysé dans le tableau 30, les atteintes extra-articulaires en fonction de la forme clinique en cours :

Manifestations extra-articulaires	FORME CLINIQUE		TOTAUX
	Still 28 cas	PCDA 14 cas	
Adénopathies	16	6	22
Splénomégalie	8	6	14
Cardiaque	5	1	6
Cutanée	2	0	2
Oculaire	1	1	2
Retard staturo-pondéral	9	6	15

Tableau 30 - Atteintes extra-articulaires en fonction de la forme clinique en cours.

Ce qui nous a permis de dégager les notions suivantes :

a/ La fièvre est rencontrée avec une égale fréquence dans les deux cas, mais elle est plus importante et plus intense au cours des maladies de Still.

b/ Les adénomégalies sont bien plus fréquentes au cours des maladies de Still que dans les PCE déformantes et ankylosantes.

c/ La splénomégalie se retrouve avec une fréquence sensiblement égale.

.../..

d/ Les localisations cardiaques sont l'apanage des maladies de Still où elles sont 5 fois plus fréquentes qu'au cours des PCE.

e/ Les manifestations cutanées sont observées uniquement au cours de la maladie de Still.

f/ L'atteinte oculaire est aussi fréquente dans les deux formes.

g/ Le retard staturo-pondéral est 1,5 fois plus fréquent au cours de la PCDA que dans la maladie de Still.

HEMOGRAMME :

Globules Rouges (G.R.) N normal

- anémie : + : de 3 à 4 000 000
  ++ : 3 millions

Globules Blancs (G.B.)

- N normal
- Leucocytose : + : de I0 à I5 000
  ++ : de I50 à 20 000
  +++ : 20 000
- Leucopénie : + : de 4 à 5 000
  ++ : de 2 à 4 000
  +++ : 2 000
- Polynucléaires Neutrophiles (P.N.) ↙ < 50 % ↗ > 72 %
- Lymphocytes (Lym.) ↗ > 40 %
- Eosinophilie (Eos.) ↗ > 5 %

VITESSE DE SEDIMENTATION GLOBULAIRE (V.S.)

N : normale
+ : 20 à 50 mm 1ère heure
++ : 50 à 80 mm 1ère heure
+++ : 80 à 100 mm 1ère heure
++++ : supérieure à 100 mm la 1ère heure

FIBRINOGENE

N : normal
+ : 6 à 7 g/l.
++ : 7 à 9 g/l.
+++ : 9 g/l.

		2	4	5	8	9	I0	II	I4	I6	I7	20	2I	22	23
HEMOGRAMME	G.R.	+. ..	N	N	N	+	N	+	+	+	N	+	N	N	+
	G.B	N	N	N	N	N	N		N	N					
	H.L							+			+		+	+	+++
	Leu														
	PN				↙				↙					↙	
	Lym.				↗		↗		↗					↗	
	Eos.					↗									
V.S.		++++	N	+	+	++++	++	+	++++	+	+	++++	+++	+	++++
Waaler-Rose		I/32è		I/32è				I/32	I/I28			I/32			
Latex									I/I28						
A.S.L.O															
Fibrinogène		+++		++		++			++			++			+++
Electrophorèse		α_2										α_2	α_2	α_2	α_2
C.R.P.												+			+++++
Cellules L.E.															
Ragocyte		(-)		(-)					(-)						

TABLEAU Annexe A_{IO} MANIFESTATIONS BIOLOGIQUES AU COURS DE LA MALADIE DE STILL

		24	25	30	31	32	33	34	35	36	37	39	40	41	42
HEMOGRAMME	G.R.	+	+	N	+	+	+	+	N	++	+	+	+	+	+
	G.B.			N	N					N	N		N		N
	H.L.	+++	++			++	+		+++			++		+++	
	Leu.							+							
	P.N.	↗		↙	↗		↗				↗	↗		↙	
	Lym.			↗				↗						↗	↗
	Eos.			↗						↗					↗
V.S.		++++	++++	+	+	+++	++++	+++	+++	++	+	++++	+++	++++	++
Waaler-Rose			I/64	I/64	I/64					I/64			I/64		
Latex				I/I28											
A.S.L.O.									600			400	400		
Fibrinogène		++	++				++		++		++	+			
Electrophorèse		α_2 δ	α_2			α_2			α_2	α_2	α_2	α_2		δ	
C.R.P.		++++	++				+	+		+++		++	+++		
Cellules L.E.								(+)							
Ragocytes															

TABLEAU Annexe A_{II} MANIFESTATIONS BIOLOGIQUES AU COURS DE LA MALADIE DE STILL

		I	3	6	7	I2	I3	I5	I8	I9	26	27	28	29	38
HEMOGRAMME	G.R.	N	N	N	++	N	N	N	+	N	++	+	N	+	N
	G.B.	N	N	N		N		N	N	N		N	N		
	H.E.										+			++	
	Leu.				++		+								++
	P.N.	↙	↙								↗		↙		
	Lym.	↗	↗		↗								↗		
	Eos.			↗					↗						
V.S.		++	+	N	++++	+	+++	N	+	+	++++	++++	+	++++	++++
Waaler-Rose							I/512				I/64	I/128		I/128	I/64
Latex											I/128	I/128		I/256	
A.S.L.O.					640										
Fibrinogène		++			++										+
Electrophorèse															↗ α_2
C.R.P.											++++				
Cellules L.E															
Ragocytes															

TABLEAU Annexe A$_{I2}$ MANIFESTATIONS BIOLOGIQUES AU COURS DE LA POLYARTHRITE CHRONIQUE ANKYLOSANTE ET DÉFORMANTE

Nbre Cas	EXAMENS	RESULTATS NORMAUX OU NEGATIFS	ANOMALIES BIOLOGIQUES
42	GR	I8	Anémies 24
42	GB	23	I9
	Leucopénies		4 (Obs. 7, I3, 34, 38)
	Hyperleucocytoses		I5
42	V.S.	3 (Obs.4,6,I5)	39
42	Fibrinogène		I5 augmentations
42	α_2		I3 augmentations
42	γ		2 augmentations
42	C.R.P.		I0 cas positifs
42	A.S.L.O	38	4 (Taux : 400,400,600,640)
42	Waaler-Rose	négatifs 27	I5 positifs dont 4 taux limites au I/32ème
42	Cellule L.E.	4I (-)	1 (+) cellules Hargravoïdes
3	Ragocytes	3 (-)	
1	Biopsie synoviale		synovite chronique

TABLEAU Annexe A_{I4} - ANOMALIES BIOLOGIQUES OBSERVEES AU COURS DES POLYARTHRITES INFANTILES

V - BIOLOGIE

1°/ L'HEMOGRAMME

a/ Globules rouges :

L'anémie est relativement fréquente. Elle est retrouvée dans 57,1% des cas, soit 24 cas sur 42.

Dans la majorité des observations, il s'agit d'une anémie modérée, comprise entre 3 et 4 millions de GR/mm^3 (22 cas sur 24). Dans 2 cas seulement, elle est inférieure à 3 millions (Obs. 7 et 36).

Elle est surtout l'apanage de la maladie de Still où elle est notée dans un peu plus des deux tiers des cas (67,8%), toujours modérée, comprise entre 3 et 4 millions.

Au cours des PCE déformantes et ankylosantes, elle est retrouvée chez un malade sur trois seulement (35,7%).

b/ Globules blancs :

19 numérations blanches sont perturbées.

. Hyperleucocytose :

Il est classiquement fréquent d'observer, en cours de poussée , une hyperleucocytose. Cette dernière a été retrouvée dans 15 cas dont 2 seulement au cours de polyarthrites chroniques déformantes (Obs. 26 et 29). Les 13 autres sont notées au cours de la maladie de Still, dont 7 sont supérieures à 15000 et 4 à 20000 (Obs. 23, 24, 35, 41).

Elle est accompagnée :

- d'une polynucléose neutrophile dans 4 cas dont 3 Still, (Obs. 26, 24, 33 et 39).
- d'une inversion de la formule leucocytaire avec neutropénie et lymphocytose dans 3 cas de maladie de Still.
- Dans 9 cas (dont 8 Still), la formule leucocytaire est normale.

. Leucopénie :

SCHLESINGER et SAIRANEN ont déjà signalé la possibilité d'une leucopénie en cours de poussées.

Nous avons retrouvé dans 4 cas (Obs. 7, 13, 38, 34)

.../..

une leucopénie nette dont 3 appartenaient à des PCE déformantes et ankylosantes.
Elle est accompagnée, dans les observations 7 et 34 d'une lymphocytose nettement au-dessus de 40%.
Dans les observations 13 et 38, la formule leucocytaire est normale.

2°/ LA VITESSE DE SEDIMENTATION

Test fidèle de l'inflammation, la vitesse de sédimentation est accélérée dans la majorité des cas, cependant, trois cas ont présenté des chiffres normaux à plusieurs reprises, échelonnés de 3 à 7 mm. à la 1ère heure, dont 2 au cours de PCDA.

Dans 50% des cas, la vitesse de sédimentation est supérieure à 80 mm. à la 1ère heure (21 cas sur 42) dont 71,42% dépassent largement 100 mm. (15/21).

3°/ FIBRINEMIE

Le fibrinogène est augmenté dans 15 cas, généralement à des taux inférieurs à 9 gr.%0. Dans 2 cas, il a été retrouvé à 11,70 gr.%0 et à 12,9 gr.%0 (Obs. 2 et 23).

L'augmentation de la fibrinémie est surtout notée au cours des maladies de Still (12 cas sur 15).

4°/ C REACTIVE PROTEINE

La C réactive protéine a été retrouvée positive dans 10 cas, dont 9 au cours de maladie de Still.

5°/ ELECTROPHORESE

L'électrophorèse simple sur papier a permis de mettre en évidence l'existence d'une augmentation des α 2 globulines dans 13 observations dont 12 font partie de maladies de Still.

- Dans l'observation 24, il existe une augmentation des α 2 et des γ globulines.

- Une augmentation isolée des γ globulines est notée dans le cas 41.

Nous n'avons pas retrouvé d'augmentation des α 1 globulines.

L'immuno-électrophorèse n'a pu être techniquement réalisée.

.../..

6°/ ANTISTREPTOLYSINES O

Leur recherche a été pratiquée systématiquement, d'autant que 36% de nos cas ont présenté une angine précédant les phénomènes articulaires.

Les ASLO sont retrouvées augmentées dans 20 à 40% par COHEN et EDSTROM.

Dans notre série, elles sont dans l'ensemble à des taux normaux : seules 4 de nos observations présentent des chiffres élevés : 400, 600 et 640 unités (Obs. 7, 35, 39, 40), soit 9, 52% des cas.

7°/ CELLULES LE

La recherche des cellules de HARGRAVES, pratiquée systématiquement, a toujours été négative. Dans un cas seulement (Obs. 34), de rares cellules "Hargravoïdes" ont été retrouvées.

8°/ ETUDE DU LIQUIDE SYNOVIAL

L'étude du liquide synovial n'a pas été pratiquée dans des conditions satisfaisantes pour nous permettre de faire état des modifications observées.

9°/ RECHERCHE DU FACTEUR RHUMATOIDE

Pratiquée systématiquement avec les réactions de Waaler Rose et le test au latex, elle a été 27 fois négatives.

Des positivités du Waaler Rose sont enregistrées dans 15 cas.

La fréquence des réactions positives est identique au cours de la maladie de Still et des PCEDA (35,7%) de notre série.

Au cours des PCEDA, les agglutinations notées sont élevées, variant de 1/64ème au 1/128ème, alors qu'au cours de la maladie de Still une seule agglutination est au 1/128ème, 4 à des taux limites (1/32ème) et 5 au 1/64ème.

Nous avons étudié l'agglutination de la réaction de Waaler Rose, en fonction de l'âge de début de la maladie et de la durée de l'évolution dans le tableau 31 :

.../..

Forme clinique	Numéro Observation	Age de Début -ans-	Durée d'évolution - ans -	WAALER ROSE
STILL	2	I0 I/2	6 mois	I/32
	5	5	2	I/32
	II	5	I	I/32
	I4	I5	3	I/I28
	20	7	I	I/32
	25	7 I/2	I I/2	I/64
	30	7	I	I/64
	3I	7 I/2	6 mois	I/64
	36	I	2	I/64
	40	7	3	I/64
P. C. E. ANKYLOSANTE ET DEFORMANTE	I3	I5	6	I/5I2
	26	I0	3	I/64
	27	II	2	I/I28
	29	6	5	I/I28
	38	9 I/2	I I/2	I/64

TABLEAU Annexe A$_{I3}$ WAALER-ROSE EN FONCTION DE L'AGE DU DEBUT ET DE LA DUREE D'EVOLUTION

Age de l'examen (ans)	1/32°	1/64°	1/128°	1/256°	1/512°
0 - 5 ans		1			
5 - 10 ans	3	3			
10 - 15 ans	1	3	2		
15 et +			1		1
TOTAUX	4	7	3		1

Tableau 31 - Agglutination du Waaler Rose en fonction de l'âge de l'examen.

L'étude de l'agglutination de la réaction du Waaler Rose en fonction de l'âge de début de la maladie et de la durée d'évolution nous a permis de constater que 7 réactions sont positives à un âge, où l'examen a été pratiqué, inférieur à 10 ans.

- 8 autres sont notées au-dessus de 10 ans.

- Si l'on considère le taux d'agglutination, on constate que 4 réactions sont à un taux limite et que seuls 11 cas sont franchement positifs, soit 25,18%, égaux ou supérieurs au 1/64ème, comme l'indique le tableau 31.
Parmi les 11 cas positifs, 7 sont âgés de plus de 10 ans et présentent une agglutination supérieure ou égale au 1/128ème dans 4 cas.

10°/ Les anticorps antinucléaires n'ont pu être recherchés.

BIOPSIE SYNOVIALE

La biopsie synoviale n'a été pratiquée qu'une seule fois (Obs. 7), au cours d'une polyarthrite chronique de type déformant et ankylosant, séro-négative.

La réponse anatomo-pathologique est la suivante :
" il s'agit d'une synovite fibreuse qui présente des remaniements inflammatoires subaigus avec constitution de granulome à histiocytes, polynucléaires, lymphocytes, réalisant l'image de bourgeon charnu, inflammatoire. Aucun caractère de spécificité n'est noté.
Conclusion : Poussée évolutive subaigüe sur synovite chronique ".

BILAN DES SEQUELLES

TABLEAU Annexe A I5

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Age de début	5	10½	6	5	6	5	8	3	13	14	5	6	15	15	6	5	8	7	6	7	12½
Durée d'évolution en année	12	0,5	1	2	2	10	8	5	4	3	1	7	6	3	5	3	4	5	6	1	0,5
Epaules	L L																				
Coudes	L				L			L			L L	L L							L L		
Poignets	A A	L L	L L	L L			A A				A A	A A				A A			A A	A	
Mains	A A			L L		A A	A A						L L	L L		L L			A A		
Doigts	L L						A A						L L						L L		
Hanches	L L							L L													
Genoux	L L		L L	L L				L L				L L						L L		L	
Chevilles	A A			L L								L L				A A			L L		
Pieds	A A					A A										L L					
Rachis Cervical	L						R L				L								L		

L = limitation A = ankylose R = raideur

BILAN DES SEQUELLES

TABLEAU Annexe A I6

	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Age du Début	3	12	10½	7½	10	11	4	6	7	7½	10mois	10	7mois	8	2	8	9½	8½	7	7mois	4½
Durée d'évolution en année	2	1	1,5	1,5	3	2	4	5	1	0,5	8mois	1	5mois	3	2	1	1,5	1,5	3	1,5	1,5
Epaules																					
Coudes					L L							L L		R R	L L						
Poignets			L L		A		R	L L				A A		L L	A A		A A		L L	A A	
Mains							A A	L L		L L		A A		A A	A A	L L	A A			A A	
Doigts							A A	L L		L L		A A		A A	A A	L L					
Hanches												L L		L L							
Genoux		L L			L L							A A			L L					L L	
Chevilles		L L				L L								L L	A A				A A	A A	
Pieds							A A	L L							A A						
Rachis Cervical		L R												L							

L = limitation A = ankylose R = raideur

VI - EVOLUTION

Les polyarthrites chroniques infantiles peuvent présenter trois modalités évolutives différentes :

1°/ Par poussées, entrecoupées de rémission, éventualité la plus fréquente, que ce soit au cours de la maladie de Still ou de la polyarthrite chronique évolutive déformante et ankylosante.

2°/ Par poussées sur un fond de douleur chronique, éventualité la plus rare.

3°/ Evolution d'un seul tenant qui est l'apanage exclusif des maladies de Still dont le quart a évolué sur ce mode.

Ces données sont résumées dans le tableau 34 :

	Evolution par poussées sans rémission	Poussées entrecoupées de rémission	Un seul tenant
PCDA (14 cas)	3	11	0
STILL (28 cas)	4	17	7

Tableau 34 - Modalités évolutives au cours de la PCDA et de la maladie de Still.

BILAN DES SEQUELLES :

Il faut souligner que nous n'avons noté aucune régression et que tous les cas observés sont encore en phase de pleine évolution.

1/ Après une évolution moyenne de 5 ans 1/2, le bilan des polyarthrites chroniques déformantes montre d'importantes séquelles articulaires cliniques et radiologiques qui se répartissent comme l'indique le tableau 35 :

.../..

PCDA	Ankylose clinique	Limitation des mouvements	Fusion des os du carpe
14 cas	8 cas	10 cas	7 cas
%	57,1%	71,4%	50%

Tableau 35 - Bilan des séquelles au cours de la PCDA.

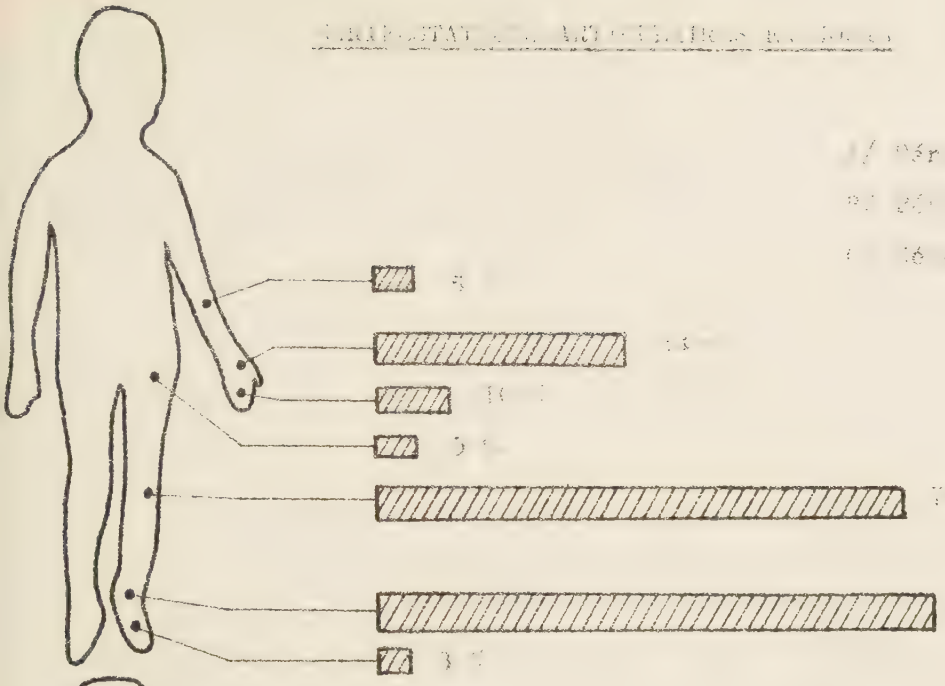
Les ankyloses et les limitations intéressent différentes articulations des membres, comme le montre le tableau 36 :

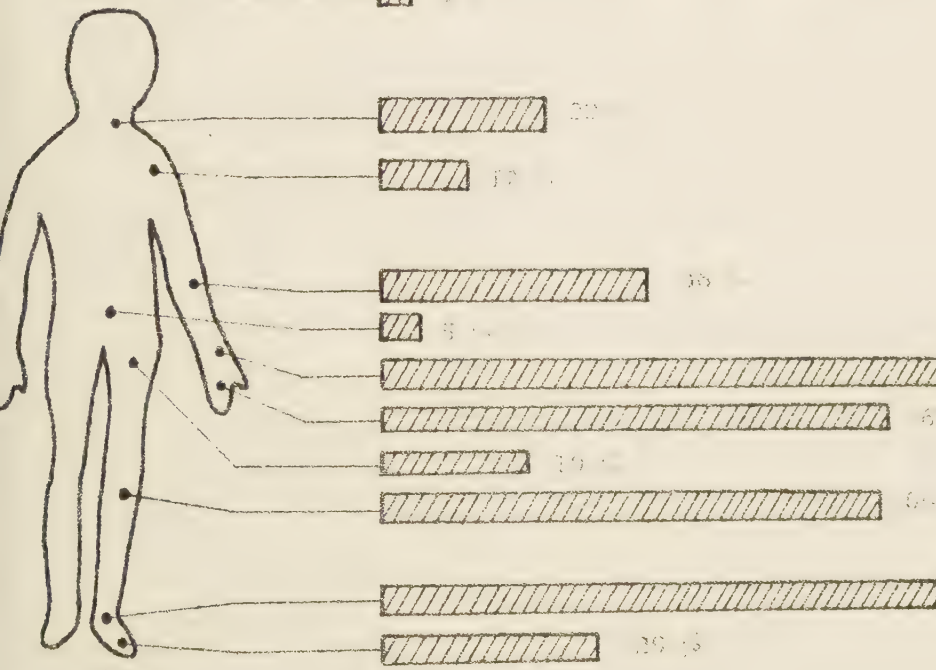
Localisation articulaire	Limitation	Ankylose
Epaules	1	0
Coudes	4	0
Poignets	2	6
Métacarpo-phalangien.	6	1
Interphalan-giennes	4	4
Hanches	1	0
Genoux	4	0
Chevilles	3	1
Pieds	1	3

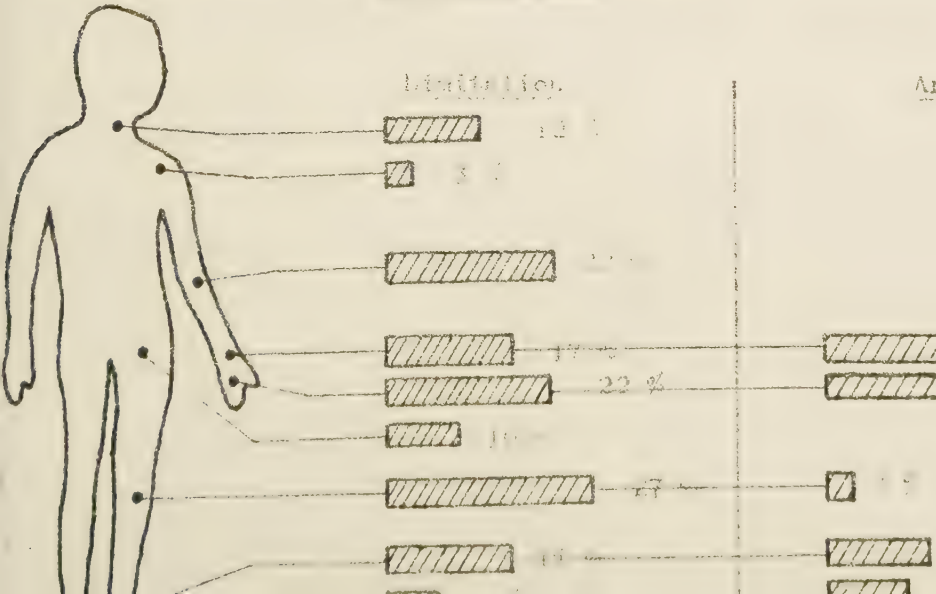
Tableau 36 - Séquelles articulaires au cours de la PCDA.

.../..

1/ Période de référence







Chez le même malade, les ankyloses peuvent être multiples et s'associer à des limitations, c'est le cas de l'observation 1 où un jeune adolescent de 17 ans est devenu un invalide.

Dans l'ensemble, les ankyloses et les limitations présentes dans les 13 cas restants sont compatibles avec une certaine activité et permettent de palier aux soins d'hygiène habituels.

2/ Des 28 maladies de Still de notre série,

- 12 ne présentent aucune séquelle articulaire après une durée moyenne d'évolution de près de 2 ans.

- Dans les observations 9, 10 et 17, après respectivement 4, 3 et 4 années d'évolution, aucune séquelle n'est retrouvée.

- Par contre, les malades 2 et 31, évoluant depuis 6 mois, ont présenté précocement des limitations articulaires multiples.

- Dans l'observation 33, il existe une ankylose des poignets, des mains, des genoux ainsi qu'une limitation des hanches et des coudes.

Ces différentes manifestations sont résumées dans le tableau 37 :

STILL	Ankylose clinique	Limitation des mouvement	Radiologie
28 cas	8	17	0
%	28,55	60,7	

Tableau 37 - Bilan des séquelles au cours de la maladie de Still.

Il apparait ainsi que :

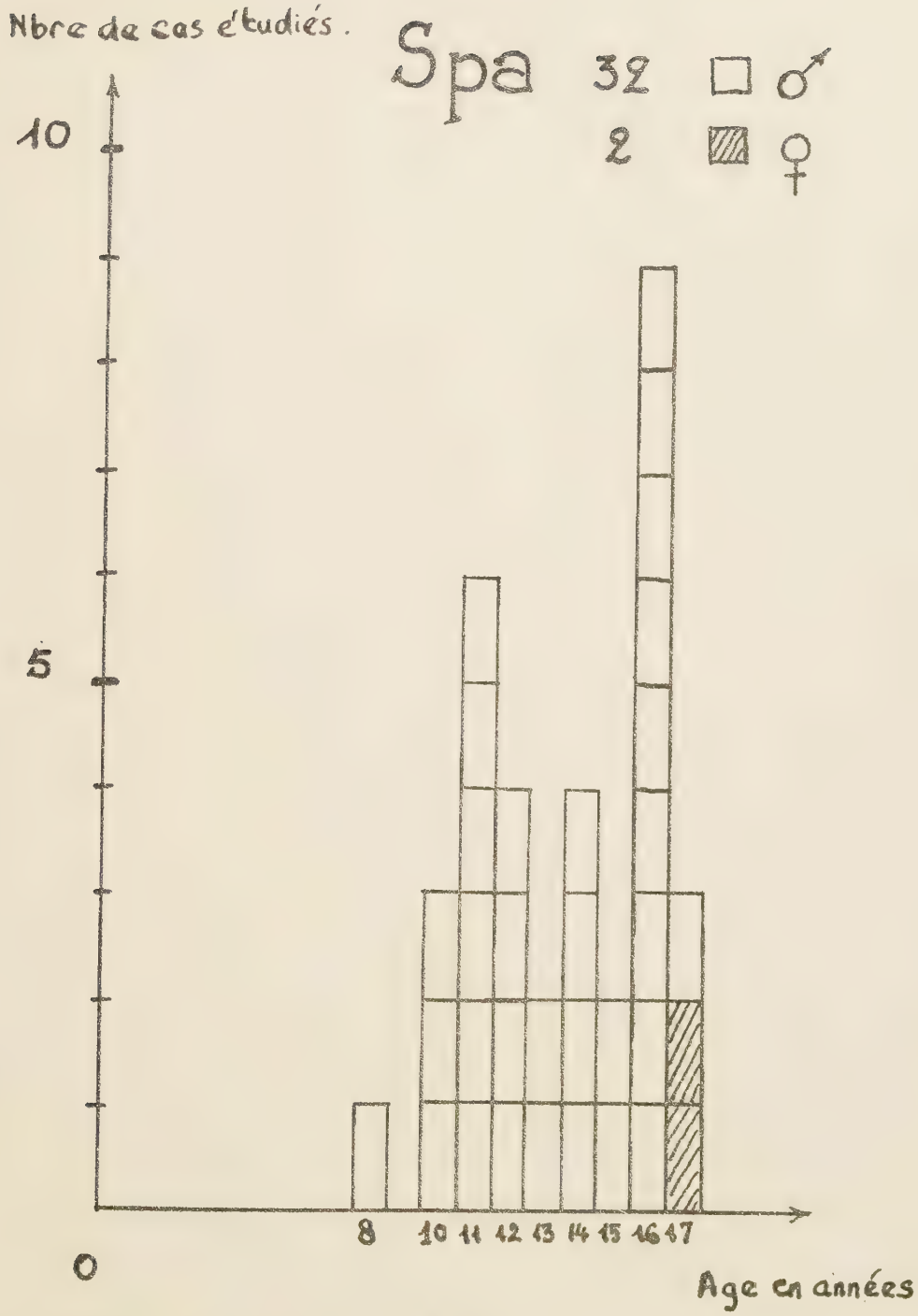
1/ Les ankyloses cliniques sont deux fois plus fréquentes au cours des polyarthrites chroniques ankylosantes et déformantes que dans la maladie de Still, chiffrées respectivement à 57,1% et 28,55%.

.../..

2/ Les limitations sont plus fréquentes au cours de la PCDA, 71,4% pour 60,7% dans le cadre de la maladie de Still.

3/ Le pronostic fonctionnel n'a été compromis, d'une manière notable que dans 2 cas (Obs. 1 et 33) mais aucun décés n'est à déplorer.

4/ Les polyarthrites infantiles s'opposent dans l'ensemble par leur meilleur pronostic fonctionnel à celui de la Sp. A. qui évolue, en l'espace de 4 ans en moyenne, vers des ankyloses cliniques multiples.



0 à 10 ans : 1 cas } 58,82%
10 à 15 ans : 19 cas }
15 à 17 ans : 14 cas : 41,18%
total : 34 cas

TABLEAU ANNEXE . Spondylarthrites Ankylosantes I-J
Répartition selon l'âge et le sexe.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
Polyarthrite (aigue)					+	+	+		+				+					+	+				+	+	+			+						+
mono ou oligo arthrite	+	+	+	+				+			+	+		+		+	+			+	+	+				+	+			+	+		+	
Début Pelvi-rachidien.	+									+				+	+		+						+	+				+				+		
Epaules D					+	+	+																	+				+						
Epaules G					+	+	+																	+				+						
Coudes D					+	+	+																	+				+						
Coudes G					+	+	+																	+				+						
Poignets D					+	+	+																	+				+						
Poignets G					+	+	+																	+				+						
Métacarp-ph. D							+																											
Métacarp-ph. G							+																											
Inter-phal. D							+																											
Inter-phal. G							+																											
Hanches D		+		+					+					+				+						+					+					
Hanches G									+								+	+			+			+					+	+				
Genoux D	+		+	+	+	+	+		+		+	+	+	+		+		+	+				+	+	+			+						+
Genoux G	+		+	+	+	+	+		+		+	+	+	+			+	+			+		+	+	+			+						+
Chevilles D					+	+	+	+	+				+					+	+	+		+	+	+	+	+	+	+					+	+
Chevilles G					+	+	+	+	+				+					+	+	+	+	+	+	+	+		+						+	+
Tarso-Metat D																																		
Tarso-Metat G																																		
Metat-phal. D																			+															
Metat-phal. G																			+															
Inter-phal D																			+															
Inter-phal G																			+															

Planta Lpes ru

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
EPAULES	C					+	+	+	+					+					+		+				+				+	+		+			
	R																													+		+			
COUDES	C					+	+	+													+				+				+				+		
	R																																		
POIGNETS	C					+	+	+	+												+				+				+						
	R																												+						
MAINS	C						+	+					+																+	+					
	R																												+						
HANCHES	C	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+			+	+	+	+	+
	R		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+		+			+	+			+	+	+	+	+
GENOUX	C	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+				+	+	+
	R								+		+									+															+
CHEVILLES	C					+	+	+	+	+			+	+			+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+					+	+
	R																																			
PIEDS	C																+	+		+		+	+				+		+						+
	R																	+				+	+				+									+

TABLEAU ANNEXE SPA.13, TABLEAU RECAPITULATIF, ATTEINTE ARTICULAIRE PERIPHERIQUE

C = Clinique.
R = Radio.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
Age de début (en années)		9	11	13	14	8	11	12	12	11	15	12	14	14	11	10	13	11	10	11	12	14	16	16	16	16	17	16	17	17	16	16	15	16	16
Durée d'évolut. (en année)		1,5	6	7	3	10	8	16	10	13	7	10	5	5	3	5	5	7	9	5	6	4	3	5	1	2	1	8	2	3	7	6	11	7	4
Evolution d'un Seul tenant					+									+	+	+		+	+	+		+				+		+	+	+					
Par POUSSEES:		+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+				+				+		+	+	+		+				+	+	+	+
avec rémissions		+		+																	+			+									+	+
Sur fond de douleurs Permanentes			+			+	+	+	+	+	+	+	+				+						+		+		+				+	+	+		
Séquelles:																																			
RACHIS	CERVICAL					+				+											+								+				+		
	DORSAL	+	+	+		+				+	+	+			+	+		+	+	·		+			+	+				+			+	+	
	LOMBAIRE	+	+	+		+				+	+	+			+	+		+	+	+		+			+	+				+			+	+	
ARTICULAIRES	HANCHES D		L	L	A	L			A	L	L+H	A	A	A	L	L		A	L	A				L	A		L+H	A			A	A	L+H	A	L+
	A ou L G		L		A	L	L+		A	L	A	L	A	A		L		A	L	L		L		L	A			A			A	L+	A		L+
	GENOUX D									L	L+H	A	A	A						A							L	A							
	A ou L G								A	L	L+		A	A						L+															
	AUTRES ARTICULAT.													Chev. A			Méd. A				Chev. A														

Tableau Annexe Evolution ~ Séquelles Articulaires ~ A = Ankylose

VII - DIAGNOSTIC

Les circonstances diagnostiques sont différentes selon que l'on est en présence d'une monoarthrite ou d'une oligo-arthrite.

1°/ Monoarthrite :

. La monoarthrite fait évoquer la tuberculose mais cette hypothèse est vite levée devant l'extension des atteintes articulaires.

. Dans un cas, l'erreur a été commise et le malade a subi un plâtrage intempestif, suivi d'un traitement antibacillaire (Obs. 19).

2°/ Devant une oligo-arthrite :

a/ Il convient, en premier lieu d'éliminer les affections suivantes :

- les leucoses aigües,
- les maladies du collagène et, plus particulièrement le lupus érythémateux aigu disséminé. Rappelons, à cet effet, que la recherche de cellules de Hargraves a toujours été négative et que, dans un cas seulement, de rares cellules hargravoïdes ont été retrouvées(Obs. 11).
- beaucoup plus rarement :
  . la maladie de BEHCET
  . le Psoriasis
  . la Rectocolite ulcérohémorragique
  . enfin, l'Agammaglobulinémie.

b/ Les polyarthrites infantiles sont encore bien souvent confondues avec le rhumatisme articulaire aigu qui a pourtant ses signes propres.

Mais ce qui complique le problème, c'est que 36% des cas de polyarthrites présentent des antécédents d'angines qui peuvent s'accompagner d'une augmentation transitoire du taux des ASLO.

Ce diagnostic a été porté devant 15 de nos malades et a entraîné un traitement corticoïde à fortes doses. 4 de ces malades sont des PCDA, 11 des maladies de Still.

.../..

c/ Bien plus difficile est le diagnostic avec les spondylarthrites ankylosantes infantiles et juvéniles, et nous avons cru utile de rappeler, à cette fin, dans les tableaux A17, A18, A19, A20, les principaux traits de cette affection et de comparer les manifestations de ces deux maladies.

Ceci nous a permis de constater que :

1°/ La fréquence relativement importante des rhumatismes inflammatoires chroniques de l'enfant :
. PCDA : 11,6% des PCE en général
. Sp. A. : 24,8% des Sp. A. en général.

2°/ La prépondérance féminine au cours des polyarthrites infantiles, alors que la spondylarthrite infantile est une maladie masculine.

3°/ L'âge moyen de début se situe entre 10 et 15 ans, pour la Sp. A. I., alors qu'il est beaucoup plus précoce, à 7 ans en moyenne, dans les PCDA.

4°/ La comparaison des localisations articulaires dans les deux affections met en évidence l'atteinte prépondérante des poignets, des mains et des coudes et la rareté de la coxite au cours de la polyarthrite, comme l'indique le tableau 38.

5°/ La prépondérance des localisations rachidiennes au cours des Sp. A : 82, 3% contre 21,4% au cours des PCDA. L'atteinte cervicale étant deux fois plus fréquente dans les Sp. A. et la localisation dorsolombaire absente au cours des polyarthrites.

6°/ La sacro-iliite bilatérale est le critère distinctif capital entre les deux affections.
Les deux sacro-iliites, observées dans notre série de PCDA, se traduisent par un léger remaniement des berges articulaires et accompagnent des polyarthrites évoluées (Obs. 9 et 13).

7°/ Les manifestations extra-articulaires peuvent être opposées au cours des deux affections. La fièvre, les adénosplénomégalies, les manifestations cutanées, de même que les localisations cardiaques sont l'apanage des polyarthrites (Tableau 39).

.../..

Localisations articulaires	Polyarthrite chronique Infantile (42 cas)	Sp. Ankylosante I. et J. (34 cas)
Epaules	11,9%	20,6%
Coudes	35,77%	20,6%
Poignets	85,71%	14,4%
Mains	66,66%	14,4%
Hanches	19%	90,2%
Genoux	66,66%	85,3%
Chevilles	73,8%	61,77%
Pieds	28,57%	23,5%
Sacro-iliaques	4,76%	100%
Rachis	21,42%	82,3%

Tableau 38 - Atteintes articulaires au cours des polyarthrites et spondylarthrites infantiles. Les caractéristiques de chacune sont soulignées.

Manifestations extra-articulaires	Polyarthrite Inf. (42 cas)	Sp. A. I. (34 cas)
Fièvre	30,90%	5,88%
Atteinte oculaire	4,77%	2,94%
Atteinte cardiaque	14,2%	2,94%
Splénomégalie	33,33%	5,88%
Adénomégalie	52,78	8,82%
Manifestations cutanées	4,77%	0

Tableau 39 - Comparaison des atteintes extra-articulaires au cours des polyarthrites infantiles et des Sp. A. I.

8°/ Les réactions sérologiques rhumatismales, souvent négatives à cet âge de la vie, ne sauraient constituer un critère distinctif malgré les rares positivités observées dans notre série de polyarthrites infantiles.

VIII - THERAPEUTIQUE

Il n'existe pas de traitement type de chaque variété clinique de la polyarthrite chronique infantile. Aussi, notre attitude thérapeutique, ne pouvant être systématisée, l'appréciation du potentiel inflammatoire et son intensité a seule orientée vers le choix de la médication.

Certes, tous les malades ont bénéficié de la salicylothérapie antalgique, toujours associée aux antiinflammatoires majeurs.

La phénylbutazone et son dérivé le Tandéril, administrés en cures discontinues ont souvent permis, dans les oligomonoarthrites et les polyarthrites à évolution modérée, d'obtenir des améliorations sensibles. Dans les cas sévères, ils ont permis d'obtenir et de maintenir une situation acceptable pour le malade, grâce à leur association à des doses modérées de corticoïdes.

Les sels d'or, en raison de leur intolérance très fréquente chez l'enfant n'ont été qu'exceptionnellement prescrits et seulement en milieu hospitalier. Quelques malades ont été soumis à la chrysothérapie locale, surtout au niveau des genoux, à raison d'une injection hebdomadaire. La tolérance locale et générale fut excellente mais les résultats peu convaincants.

La corticothérapie dont tous les malades ont bénéficiée a été rendue nécessaire par l'intensité ou l'extension des algies. Ils ont été prescrits par voie générale, suivant une posologie "en accordéon", les doses quotidiennes croissant lentement et décroissant de même, la dose de départ étant inférieure ou égale à 5 mg.
La voie locale a été parfois utilisée, associée à la corticothérapie générale ou aux pyraxoles.

Les antimalariques de synthèse, souvent grévés de troubles digestifs et s'accompagnent fréquemment de troubles oculaires, malgré leur appoint anti-inflammatoire, ont été prescrits dans quelques cas mais nous avons été contraints de les arrêter rapidement.

.../..

La synovectomie, par isotopes radioactifs, dont aurait pu bénéfier quelques polyarthrites avec atteinte prépondérante des genoux, n'a pu être techniquement réalisée pour le moment.

Nos malades ont bénéficié chaque fois qu'il a été possible d'une rééducation active et passive, en vue de prévenir l'ankylose et de corriger les déformations.

En conclusion :

Le chapitre de la thérapeutique nous paraît dominé par le choix du moment où la corticothérapie doit être prescrite, avec l'arrière pensée qu'elle doit être minimale mais suffisante pour rendre supportable la douleur et éviter les diverses complications viscérales et les troubles de la croissance.

CONCLUSIONS

A propos de l'étude de 42 cas de polyarthrites chroniques infantiles, se dégagent les notions suivantes :

1°/ Les polyarthrites sont fréquentes sous nos climats et représentent 11,6% des polyarthrites chroniques en général.

2°/ Elle atteint électivement les filles (2/3 des cas), particulièrement entre l'âge de 4 et 8 ans, l'âge moyen de début étant de 7 ans.

Cependant, elle peut débuter précocement au cours des premiers mois de la vie, comme dans 4 de nos cas.

3°/ En phase de début, elle se manifeste généralement par une arthrite des membres inférieurs où les genoux et les chevilles sont les plus atteints, les membres supérieurs étant indemnes dans 72% des cas.

Elle peut revêtir, soit l'aspect d'une polyarthrite, mode de début le plus fréquent (57%),
soit d'une oligo-arthrite (26,4%),
soit d'une mono-arthrite, éventualité la plus rare (16,6%).

Dans un cas seulement, une péricardite faisait partie de la symptomatologie initiale.

4°/ A la période d'état, l'atteinte articulaire est au premier plan. L'extension du processus rhumatismal aux membres supérieurs est important, atteignant 95% des cas, et prend le pas sur celle des membres inférieurs.

- La localisation au poignet devient la plus fréquente, retrouvée dans 85,7% des cas, suivie par celle des mains (2/3 des cas).

- La coxite reste rare et n'atteint qu'un cas sur six. Elle se traduit par des signes cliniques et radiologiques modérés et n'évolue jamais vers l'ankylose, caractère qui l'oppose à la coxite des pelvispondylites.

.../..

- L'atteinte cervicale, réputée fréquente, est en fait deux fois plus rare qu'au cours des Sp. A. infantiles.

- Les sacro-iliïtes, observées au cours des polyarthrites infantiles sont rares (2 cas sur 42) et se traduisent toujours par de discrets remaniements des berges, au cours de formes très évoluées.

- Les manifestations viscérales y sont relativement fréquentes et permettent de les opposer aux Sp. A de cet âge de la vie. La fièvre, les adéno-splénomégalies et, surtout, les localisations cardiaques sont importantes à connaître.

5°/ La biologie permet d'évaluer le processus inflammatoire. La sérologie rhumatismale, retrouvée positive dans 11 cas (25,18%) est deux fois plus fréquente au cours des PCDA que dans les maladies de Still.

6°/ L'étude des diverses manifestations de cette maladie permet de distinguer deux variétés cliniques :

- La polyarthrite chronique déformante et ankylosante, à laquelle correspondent 14 de nos cas (1/3)

- La forme clinique qui porte le nom de Maladie de Still, la plus fréquente, et qui atteint 28 de nos malades, soit les 2/3 des cas.

7°/ Les formes mono-articulaires sont encore confonues avec la tuberculose, alors que les oligo-polyarthrites sont fréquemment traitées comme un rhumatisme articulaire aigu (15 de nos cas), ce qui a pour conséquence d'exagérer, bien souvent, le processus inflammatoire à cause de la corticothérapie massive et prolongée à laquelle ces malades ont été soumis.

8°/ Le pronostic vital n'a jamais été mis en jeu dans notre série. Le pronostic fonctionnel est bien meilleur que celui des spondylarthrites, puisque deux cas seulement ont atteint un degré d'invalidité important.

.../..

9°/ La thérapeutique, bien conduite, permet de donner une vie confortable à ces jeunes malades et, bien souvent, d'éviter les complications articulaires, l'extension viscérale du processus inflammatoire et les troubles de la croissance.

BIBLIOGRAPHIE

1 - AMOR, B.

Syndrome de Behçet.
E. M. C. Appareil locomoteur ; mise à jour 1967, 14 206, B10, p. 1

2 - AMOR, B., DELBARRE, F., COSTE, F.

Le problème des inclusions cellulaires de nature virale dans certaines affections rhumatismales.
Sem. Hôp. Paris, 1966, 42, 785

3 - ANSELL, B. M.

Still's disease.
Progress in clinical rheumatology. chap. 8, p. 95
Edit. by Allan St. J. Dixon, 1 vol. 372 p., 1965
J. and A. Churchill, Londres

4 - ANSELL, B. M., BYWATERS, E. G. L.

Rheumatoid arthritis (Still's disease).
Pediat. Clin. N. Amer., 1963, 10, 921

5 - ANSELL, B. M., BYWATERS, E. G. L.

Fingers contractures due to tendon lesion as a mode of presentation of rheumatoid arthritis.
Ann. Rheum. Dis., 1953, 12, 283

6 - ANSELL, B. M., BYWATERS, E. G. L.

Growth in Still's disease .
Ann. Rheum. Dis., 1956, 15, 295

7 - ANSELL, B. M., BYWATERS, E. G. L.

Prognosis in Still's disease.
Bull. Rheum. Dis., 1962, col. IX-X, 189

8 - ANSELL, B. M., BYWATERS, E. G. L.

Diagnosis of "probable" Still's disease.
Ann. Rheum. Dis., 1962, 21, 253

9 - ANSELL, B. M., BYWATERS, E. G. L., ISDALE, L. C.

Comparison of cortisone and aspirine in treatment of juvenile rheumatoid arthritis.
Brit. Med. J., 1956, 1, 1075

.../..

10 - *ANSELL, B. M., BYWATERS, E. G. L., LAWRENCE, J. S.*

A family study in Still's disease.
Ann. Rheum. Dis., 1962, 21, 243

11 - *ANSELL, B. M., BYWATERS, E. G. L., SMITH, M. E., WARD, D. J.*

Gluco-corticoid standing and the effects of growth hormone.
Arthr. Rheum., 1966, 9, 486

12 - *ANSELL, B. M., KOADLOW, L.*

The pattern of arthritis commencing between the ages of 16 to 20 years.
Arthritis Rheum., 1963, 6, 259

13 - *BACHE, C.*

Mandebular growth and dental occlusion in juvenile rheumatoid arthritis.
Acta Rheum. Scand., 1964, 10, 142

14 - *BADLEY, B. W. D., ANSELL, B. M.*

Fractures in Still's Disease.
Ann. Rheum. Dis., 1960, 19, 135

15 - *BALLEY, E., MURPHY, D., WEST, H. F.*

Corticosteroid therapy in chilhood.
Lancet, 1961, 347

16 - *BARKIN, R. E.*

The clinical course of juvenile rheumatoid arthritis.
Bull. Rheum. Dis., 1962, 3, 19

17 - *BARNETT, E, LEDDY, J. P., CONDEMI, J. J. VAUGHAN, J. H.*

Antinuclear factors in rheumatoid arthritis.
Ann. of the N. Y. Acad. Sc., 1965, 124, 896

18 - *BARNETT, E. V., NORTH, A. F., VAUGHAN, J. H.*

Antinuclear factors in juvenile rheumatoid arthritis.
Arthr. Rheum., 1963, 6, 761

.../..

19 - *BARNETT, E. V., NORTH, A. F., CONDEMI, J. C. et coll.*

Antinuclear factors in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis.
Ann. Inter. Med., 1965, 63, 100

20 - *BARTHLOMEW, L. E.*

Isolation and characterization of mycoplasmas (P. P. L. O.) from patients with rheumatoid arthritis, S. L. E., and Reiter's syndrome.
Arthr. Rheum., 1965, 8, 376

21 - *BAROFELD, R. and coll.*

Radiodiagnostic de l'arthrite rhumatoïde juvénile.
Z. Rheumaforschg, 66, 25, 409-15
Rev. du Rhum., 34, 12, 778, Déc. 1967

22 - *BARROS, B.*

Progressive chronic polyarthritis.
Arch. Int. Ann. Rheum., 1962, 5, 523

23 - *BASSET, F., COSTE, F., GUIRAUDON, C. DELBARRE, F.*

La ponction synoviale du genou ; son intérêt pour le diagnostic des maladies rhumatismales.
Presse Méd., 1964, 72, 1881

24 - *BISSI, M.*

Sull'autonomia nosologica e sulla posizione nosografica del Cosidetto "morbo di Still ... "
Reumatismo, vol. XVII, 3, 123, Mai-Juin 1965 (157 réf.)

25 - *BASSIOUNI, M.*

Incidence of calcaneal spine in osteo-arthrosis and rheumatoid arthritis and in the control patients.
Ann. Rheum. Dis., 1965, 24, 490

26 - *BASTIN, R., LAFAIX, C.*

Le syndrome de Wissler-Fanconi.
Entretiens de Bichat, 1965
Exp. Scien. Edit., 623

.../..

19 - *BARNETT, E. V., NORTH, A. F., CONDEMI, J. C. et coll.*

Antinuclear factors in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis.
Ann. Inter. Med., 1965, 63, 100

20 - *BARTHLOMEW, L. E.*

Isolation and characterization of mycoplasmas (P. P. L. O.) from patients with rheumatoid arthritis, S. L. E., and Reiter's syndrome.
Arthr. Rheum., 1965, 8, 376

21 - *BAROFELD, R. and coll.*

Radiodiagnostic de l'arthrite rhumatoïde juvénile.
Z. Rheumaforschg, 66, 25, 409-15
Rev. du Rhum., 34, 12, 778, Déc. 1967

22 - *BARROS, B.*

Progressive chronic polyarthritis.
Arch. Int. Ann. Rheum., 1962, 5, 523

23 - *BASSET, F., COSTE, F., GUIRAUDON, C. DELBARRE, F.*

La ponction synoviale du genou ; son intérêt pour le diagnostic des maladies rhumatismales.
Presse Méd., 1964, 72, 1881

24 - *BISSI, M.*

Sull'autonomia nosologica e sulla posizione nosografica del Cosidetto "morbo di Still ... "
Reumatismo, vol. XVII, 3, 123, Mai-Juin 1965 (157 réf.)

25 - *BASSIOUNI, M.*

Incidence of calcaneal spine in osteo-arthrosis and rheumatoid arthritis and in the control patients.
Ann. Rheum. Dis., 1965, 24, 490

26 - *BASTIN, R., LAFAIX, C.*

Le syndrome de Wissler-Fanconi.
Entretiens de Bichat, 1965
Exp. Scien. Edit., 623

.../..

27 - *BAUDOUR, le (J.), FREYBERG, R.H.*

Contribution à l'étude de la P.C.E. de l'enfant ; Ses localisations cervicales.
Sem. Hôp. Paris, 1958, 34, 1120

28 - *BAUM, J., CHESTER FINK*

Juvenile rheumatoid arthritis in monozygotic twins : a case report and review of the literature.
Arthritis Rheum., XI, 1, 33, Fév. 1968 (4 réf.)

29 - *BENBASSAT, A.*

Le rhumatisme lupide. Problème nosologique des P.C.E. avec nucléophagocytose.
Thèse, Paris 1966

30 - *BERNARD, R. et coll.*

Aspects évolutifs actuels des rhumatismes sub-aigus de l'enfant. A propos de 50 observations.
Pédiatrie, XXVI, 6, 635, Sept. 1967 (72 réf.)

31 - *BERNHEIM, M.*

Maladie de Wissler-Fanconi.
Lyon Méd., 1960, 92, 523

32 - *BERNHEIM, M., COMBE, R., BERTHENOD, M.*

La P.A.N. chez l'enfant. Son traitement par la Nivaquine.
Ann. Pediat., 1962, 38, 7/2, 387

33 - *BERNHEIM, M., KOUX, T.A.*

Maladie de Still chez l'enfant.
J. de Méd. Lyon, 1949, 30, 387

34 - *BEZIAT-CONDURIER (Mme)*

Les manifestations oculaires de la maladie de Still.
Thèse, Paris 1955

35 - *BIANCHETTI, S., GIORDANO, S., VILLAVENZANO, G.*

Reumatismo cronico dell'infanzio. Malattia di Still et poliarthrite cronica ankilosante e deformante.
Minerva Pediat., 1964, 16, 435

.../..

36 - *BIERICH, J.R.*

Die Primär chronische polyarthritis ; die prognose chronischer.
Erkrankunger Berlin, Springer-Verlag, 1960, 383

37 - *BLECOURT, J.J. de, POLMAN, A., BLECOURT-MEINDERS, J.*

Hereditary factors in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis

38 - *BLECOURT, J.J. de, VEEMSTRA, S.M.*

Transverse lesion in a patient with juvenile rheumatoid arthritis caused by subluxation of some cervical vertebrae.
Acta Rheum. Scand., 1960, 4, 251

39 - *BLOCH-MICHEL, H., BENOIST, M., FINE, J.M., CANETTI, P.*

Un cas de P.C.E. au cours de la gammaglobulinémie.
Rev. Rhum., 1962, 29, 173

40 - *BLOCH-MICHEL, H., BENOIST, M., SIBOULET, A. et coll.*

Les spondylarthrites ankylosantes à début infantile.
Rev. Rhum., 1965, 32, 1-1, 27

41 - *BLODGETT, F., BURGIN, L.*

Effects of prolonged cortisone therapy on the statural growth, skeletal maturation and metabolic statues of children.
New Eng. J. of Med., 1956, 254, 636

42 - *BONNET-GAJDOS, M., GADOT, J.*

Traitement des polyarthrites rhumatoïdes infantiles.
La Vie Méd. (Thérapeutique), 48, 6, 893, Juin 1967

43 - *BONNET, P., THIERS, H.*

Les manifestations oculaires du rhumatisme chronique.
Rev. Rhum., 1954, 21, 476

.../..

44 - *BONI, A. et FEHR, K.*

Serologic aspects of juvenile rheumatoid arthritis.
Z. Rheumaforsch, 25, 3, 81, 1966
Excerpta Medica Arthritis and Rheumatism
2, 9, 337 (1917), Sept. 1966

45 - *BORELLA, L., GOOBAR, J.E., SUMMIT, R.L., CLARCK, G.M.*

Septic arthritis in childhood.
J. Pediat., 1963, 62, 742

46 - *BOUILLAUD*

La polyarthrite rhumatoïde de l'enfance.
Horizons Méd., 126, 12 Nov. 1965

47 - *BOTTIGER, L.E., LANDEGREN, J.*

Wissler's syndrome.
Acta Méd. Scand., 1963, 174, 415

48 - *BRADLEY, B.W.D., ANSELL, B.M.*

Fracture in Still's disease.
Ann. Rheum. Dis., 1960, 19, 135

49 - *BRATTSTROM, M.*

Assymetry of ossification and rate of growth of long bones in children with unilateral juvenile gonarthritis.
Acta Rheum. Scand., 1963, 9, 102

50 - *BRATTSTROM, M., SUNDBERG, J.*

Juvenile rheumatoid gonarthritis clinical and roentgenological study.
Acta Rheum. Scand., 1965, 11, 226

51 - *BREWER, E.J., BLATTNER, R.J., WING, H.*

Treatment of rheumatoid arthritis in children.
Pediat. Clin. N. Amer., 1963, 10, 207

52 - *BRINKMAN, G.L., CHAIKOF, L.*

Rheumatoid lung disease. Report of case which developed in childhood.
Am. Rev. Resp. Dis., 1959, 80, 732

53 - *BORNSTE, L. A., RAMON, Y.*

Bony ankylosis of the temporo-mandibular joints due to juvenile rheumatoid arthritis.
Brit. J. Plast. Surg., 1963, 16, 95

54 - *BRINKHMAN, G. L., CHAIKOF, L.*

Rheumatoid lung disease. Report of case which developed in childhood.
Am. Rev. Resp. Dis., 1959, 80, 732

55 - *BUSSIERE, J. L.*

Les polyarthrites chroniques évolutives infantiles.
Thèse, Paris 1967

56 - *BYWATERS, E. G. L.*

Third Intern. Symposium on population studies in the rheumatic disease (rapports).
New York, June 1966.

57 - *BYWATERS, E. G. L.*

Rheumatic fever and rheumatoid arthritis in children.
Brit. Med. J., 1965, 5451, 1655

58 - *BYWATERS, E. G. L.*

Sacroiliitis in juvenile chronic polyarthritis.
2. Rheumaforsh, 1965, 24, 122

59 - *BYWATERS, E. G. L., ANSELL, B. M.*

Monoarticular arthritis in children.
Ann. Rheum. Dis., 1965, 24, 116

60 - *BYWATERS, E. G. L.*

Un cas de maladie de Still avec amyloïdose.
Brit. Med. J., 1964, 2, 1384 - 7
Rev. Rhum. An., 32, 8, 9, 545, Août-Sept. 1965.

61 - *BYWATERS, E. G. L., CARTER, M. E., SCOTT, F. E. T.*

Differential agglutination titre in juvenile rheumatoid arthritis.
Ann. Rheum. Dis., 1959, 18, 225

.../..

62 - *BYWATERS, E. G. L., CARTER, M. E., SCOTT, F. E. T.*

Comparison of differential agglutination titre in juvenile and adult rheumatoid arthritis.
Ann. Rheum. Dis., 1959, 18, 233.

63 - *BYWATERS, E. G. L., BLYNN, L. E., ZELDIS, A.*

Subcutaneous nodules of Still's disease.
Ann. Rheum. Dis., 1958, 17, 278.

64 - *CABALSKA, B.*

Un cas d'amyloïdose secondaire dans la maladie de Still.
Pediatria Pol., 1962, 9, 949

65 - *CADENAULE, P.*

Rhumatismes chroniques de l'enfance.
J. Med. Bordeaux, 1957, 9, 1157

66 - *CALABRO, J. J.*

Juvenile arthritis : outlook may be improved
Med. News
J. A. M. A., 193, 4, 27, 26 Juil. 1965

67 - *CALABRO, J. J.*

Current comment : juvenile rheumatoid arthritis
Arthr. Rheum., 1966, 9, 82

68 - *CALABRO, J. J., LUCZYNSKI, E. W.*

Observations on the fever and rash of juvenile rheumatoid arthritis.
Arthr. Rheum., 1963, 6, 265

69 - *CALABRO, J. J., MARCHESANO, J. M.*

Fever associated with juvenile rheumatoid arthritis.
New Eng. J. Med., 276, 22, 1967
Modern Med., 35, 17, 120, 14 Août 1967

70 - *CALABRO, J. J., MARCHESANO, J. M.*

Medical managements of juvenile rheumatoid arthritis.
Bull. Rheum. Dis., 1965, 15, 378

.../..

71 - CALABRO, J. J., MARCHESANO, J. M.

Prognosis in juvenile rheumatoid arthritis.
Arthr. Rheum., 1965, 8, 434

72 - CALABRO, J. J., MARCHESANO, J. M.

Fever associated with juvenile rheumatoid arthritis.
New Eng. J. Med., 276, 1, 11, 5 Janv. 1967

73 - CALABRO, J. J., MARCHESANO, J. M.

The rash associated with juvenile rheumatoid arthritis.
Arthr. Rheum., 1966, 9, 850

74 - CALO, S., RADICE, C.

Considerazioni su un cas di sindrome di Wissler ad evoluzione stilliana.
Excerpta Med. (Arthr. Rheum.)
Abstr. N° s 1306, 1, 5, 292, Mai 1965

75 - CALVANI, M.

La malatia di Still.
Clin. Pediat., 1961, 11, 891

76 - CAMUS, J. P.

La maladie de Wissler-Fanconi.
La France Méd., 1962, 25, 217

77 - CANET, J., CANET, L.

Le rhumatisme chronique chez l'enfant.
Rhumatologie, 1962, 14, 165

78 - CARTER, M. E., LOEWI, G.

Anatomical changes in normal sacro-iliac joints during childhood and comparison with the changes in Still's disease.
Ann. Rheum. Dis., 1962, 21, 121

79 - CARTER, M. E.

Sacro-iliitis in Still's disease.
Ann. Rheum. Dis., 1962, 21, 105

.../..

80 - CASSIDY, J. T., BURT, A., SULLIVAN, D. B., DICKINSON, D. G.

Changes in the serum immuno-globulines in juvenile rheumatoid arthritis.
Arthr. Rheum., 1966, 9, 850

81 - CASSIDY, J. T., BODY, G. L., MARTEL, W.

Monoarticular juvenile rheumatoid arthritis.
Arthr. Rheum., 1964, 7, 298

82 - CASSIDY, J. T., MARTEL, W.

Juvenile rheumatoid arthritis : clinico-radiologic correlations.
Arthritis Rheum., 1962, 5, 104

83 - CASSIDY, J. T. et coll.

Monoarticular juvenile rheumatoid arthritis.
J. Ped., 1967, 70, 6, 867
Pédiatrie, 22, 7, 865, Oct. Nov. 1967

84 - CASSIDY, J. T., VALKENBURG, H. A.

A study of rheumatoid factor in juvenile rheumatoid arthritis (Abstract)
Arthritis Rheum., 1964, 7, 298

85 - CASSIDY, J. T., VALKENBURG, H. A.

A five year propestive study of rheumatoid factor tests in juvenile rheumatoid arthritis.
Arthr. and Rheum., 10, 2, 83, Avril 1967

86 - CATHALA, J., COMBES - RAMELLE, A.

Un cas de maladie de Still très précoce à caractère familial.
Arch. Franç. Péd., 1949, 6, 174

87 - CAUGHEY, O., ANSELL, B. M., BYWATERS, E. G., READING, A.

Investigations into the presence of rheumatoid factor in the synovial fluid of patients with Still's disease, rheumatoid arthritis and psoriasis arthritis.
Ann. Rheum. Dis., 1964, 33, 506

.../..

88 - CERRUTI, P., BORRONE, C., COLLI, S.

Significato della positività della reazione di fessazione al lattice in clinica pediatrica.
Minerva Pediat., 1962, 43, 1158

89 - CHAPTAL, J., JEAN, R.

Agammaglobulinémie avec polyarthrite rhumatismale chronique.
Arc. Franç. Péd., 1964, 21, 809

90 - CHAPTAL, J., JEAN, R., BONNET, H.

Agammaglobulinémie avec polyarthrite chronique évolutive.
An. Ped. 39, 28, 29/67, 1400, Juin-Juill. 1963

91 - CHAUFFAR, A., RAMOND, F.

Des adénopathies dans le rhumatisme chronique infectieux.
Rev. Méd., 1896, 16, 345

92 - CHRISTIAENS, L., GAUDIER, B.

Les polyarthrites chroniques de l'enfant. A propos de 15 observations.
Pédiatrie, XX, 6, 665, Sept. 1965

93 - CHOURAKI, L.

Les arthropathies lupiques.
Thèse, Paris 1962

94 - CLEVELAND, S.E., REITMAN, E.E., BREWER, E.J. Jr.

Psychological factors in juvenile rheumatoid arthritis.
Arthr. Rheum., 1965, 8, 1152

95 - COHEN, A.S., EATON, R.G., FEINGOLD, M.

Arthritis in childhood.
Clin. Pediat., 1965, 4, 215

96 - COLINOS, G.

Les rhumatismes inflammatoires chroniques de l'enfant et leur traitement corticothérapique.
Thèse, Paris 1963

.../..

97 - COLVER, J.

The prognosis of rheumatoid arthritis in childhood.
Arch. Dis. Child., 1937, 12, 253

98 - COMMINGS, de

Congenital hypogammaglobulinemia.
Arch. Inter. Med., 1965, 115, 79

99 - CONDEMI, J.J., BARNETT, E.V., ATWATER, E.C.

The significance of antinuclear factor in rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum., 1965, 8, 1080

100 - CORNIL, M.V.

Mémoire sur les coincidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique.
C.R. Soc. Biol. (Paris), 1864, 14, Série 1, 3

101 - CORRETGER-RAUFT, J.M.

Poliartritis cronica infantil.
Arch. Pediat. (Barcelone), 160, 58, 409

102 - CORDONNIER, D.

Problèmes diagnostiques des polyarthrites chroniques juvéniles.
Vie Med., 3, 475, Mars 1964

103 - COSS, J.A., BOOTS, R.H.

Juvenile rheumatoid arthritis. A study of 56 cases with a note on skeletal changes.
J. Pediat. 1946, 29, 143

104 - COSTE, F., CHAPUT, A., CAUHEPE, J.

Un cas d'agénésie maxillaire avec hémi-atrophie faciale au cours d'une polyarthrite de l'enfant.
Revue Rhum., 1952, 19, 38

105 - COSTE, F., DELBARRE, F.

Polyarthrite chronique évolutive chez une fillette de 10 ans.
Ligue Française contre le rhumatisme.
Séance du 12 Mars 1947

.../..

106 - COSTE, F., MASSIAS, P., BONTOUX, D.

A propos de l'aphtose généralisée et du syndrome de Behçet.
Rev. Rhum., 1965, 32, 399

107 - COSTE, F., OFFRET, G., ANTOINE, B.

Polyarthrite évolutive juvénile avec iridocyclite et cataracte.
Revue Rhum., 1954, 21, 539

108 - COSTE, F.

Polyarthrites chroniques de l'enfance. Essai de synthèse.
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 118, 8, 815
12, 19 et 26 Mai 1967 (2 réf.)

109 - COSTE, F., VALLEE, G.

Aspect radiographique des articulations sacro-iliaques chez l'adolescent.
Sem. Hôp. Paris, 1957, 33, 1264

110 - COSTE, F.

Réflexions sur la maladie de Still.
Rev. Rhum., 34, 3, 132, Mars 1967

111 - COSTE, F.

Les manifestations cliniques extra-digestives de la recto-colite hémorragique.
Vie Méd. (Enquêtes), 1966, 47, 713

112 - DALOUS, A., SALANOVA (Mme)

Le rhumatisme chronique de l'enfant.
Toulouse Méd., 1962, 5, 481

113 - DAHL, M.

Ueber die Waaler-Rose Beuroni und Latex reaktionen bei der polyarthritis chronica in Kindesalter.
Kinderaerztl. Prax., 1960, 7, 289

.../..

114 - *DAVID-CHAUSSEE, J., RIBEYROL, J.*

Les spondylarthrites ankylosantes infantiles.
Rhumatologie, 1966, 5, 197

115 - *DEBEYRE, N. et coll.*

Polyarthrites infantiles vues à l'âge adulte.
Rev. Rhum., 34, 3, 134, Mars 1967 (26 réf.)

116 - *DEBRE, R., BROCA, A., CREMIEUX, Melle*

Maladie de Still à début cervical.
Bull. Soc. Ped. Paris, 30.4.1932

117 - *DEBRE, R., BROCA, R., LAMY, M.*

Forme endocarditique de la maladie de Still.
Arch. Med. Enf., 1930, 33, 212

118 - *DEBRE, R., MARIE, J., SCHAPIRA, G.*

Rhumatisme chronique déformant progressif.
Bull. Soc. Péd. Paris, 1938, 36, 326

119 - *DEBRE, R., MILHIT, J., LAMY, M.*

La maladie de Still.
Rev. Rhum., 1938, 5, 373

120 - *DIENESCH, E.*

Interprétation étio-pathogénique personnelle des polyarthrites subaigües infantiles.
Rhumatologie, XVIII, 8, 333, Oct. 1966

121 - *DIAMANT-BERGER, S.*

Du rhumatisme noueux chez les enfants.
Thèse, Paris 1890

122 - *DELBARRE, F., BASSET, G., GUIRAUDON, C.*

La biopsie synoviale du genou.
Rev. Prat., 1966, 16, 3193

123 - *DELBARRE, F., AUSCHER, Melle, AMOR, B.*

Intérêt de l'immunoélectrophorèse du sérum pour le diagnostic des rhumatismes inflammatoires chroniques.
Sem. Hôp. Paris., 1966, 42, 1132

.../..

124 - DELBARRE, F., BASSET, F., GUIRAUDON, C.

Qu'est-ce que la polyarthrite chronique évolutive ? I - Existence d'entités différentes de la maladie rhumatoïde.
Presse Méd., 1964, 34, 2003.

125 - DELBARRE, F., KAHAN, A., AMOR, B., KRASSINE, G.

Le ragocyte synovial. Son intérêt pour le diagnostic des maladies rhumatismales.
Presse Méd., 1964, 72, 2129

126 - DELBARRE, F., MARIN, J. L.

La spondylarthrite ankylosante infantile et juvénile - (Communication)
IIèmes Journées de Rhumatologie Franco-Italo-Suisses. Florence, 23-25 Septembre 1966

127 - DELBARRE, F. et coll.

Rhumatismes inflammatoires chroniques de l'enfant.
J. de Med. Lyon, 1133, 1929, 20 Déc. 1967

128 - DELBARRE, F., LABROUSSE, C.

Les polyarthrites chroniques infantiles.
A paraître in "Monographies Inter. de Rhumatologie". Expansion edit., Paris 1967

129 - DUHAMEL, J., HOFFEL, J.C.

Les rectocolites hémorragiques de l'enfant.
Vie Méd. (Enquêtes), 1966, 47, 701

130 - DUCHOWSKA, H. and WILKOSZEWSKI, E.

Serum neuroaminic acid concentration in juvenile rheumatoid arthritis.
Rheumatologia, 1966, 4/4 (1976304)
Excerpta Med. Arthr. Rheum., 3, 9, 191, Sept. 1967

131 - DUVAL, J.R.

Le syndrome de Wissler-Fanconi.
Thèse, Paris 1963

.../..

132 - *DUNCAN, H., FROST, H. M., VILLANUEVA, A. R., SIGLER, J. W.*

The osteoporosis of rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum., 1965, 8, 943

133 - *DOUMNOVA, A. G., YAKOVLEVA, A. A., VOLKOVA, L. D.*

Lésions rénales au cours des arthrites infectieuses non spécifiques (rhumatoïdes) de l'enfant.
Sem. Hôp., Ann. Pédiat., 44, 26-27, 1848, Juin-Juillet 1968

134 - *EDSTROM, G.*

Rheumatoid arthritis and Still's disease in children. A survey of 161 cases.
Arthritis Rheum., 1958, 6, 497

135 - *EDSTROM, G., GEDDA, P. O.*

Clinic and prognosis of rheumatoid arthritis in children.
Acta Rheum. Scand., 1957, 3, 129

136 - *EDSTROM, G.*

Should steroids be used in juvenile rheumatoid arthritis.
Acta Rheum. Scand., 1959, 4, 263

137 - *EDSTROM, G., THUNE, S., WITTBANCIGEN, G.*

Juvenile ankylosing spondylitis.
Acta Rheum. Scand., 1960, 6, 161

138 - *EISING, L. M.*

Rheumatoid arthritis. Physical measures in the treatment of children.
Calif. Med., 1964, 100, 340

139 - *ELLEFSEN, F.*

Prognosen ved den juvenile reumatiske polyartritt.
T. Norske Laegeforen., 1963, 83, 530

140 - *ERICH, J. B.*

Cosmetic repair for retrusion of the mandible.
Proc. Mayo. Clin., 1961, 30, 180

.../...

141 - *ESPELLE-CARRE, J.*

Maladie de Still de l'enfant, associée à une sclérodermie en plaques et mutilante.
Thèse, Nantes 1967
Ann. Derm. Syphil., 94, 5, 6, 538, 1967

142 - *FANCONI, G.*
Uber cinen fall von subepsis allergica Wissler.
Helv. Pediat. Acta, 1963, 6, 532

143 - *FAVREAU, J.C. et LAURIN, C.A.*

La maladie rhumatoïde de l'enfant.
Feuillets Méd., 92, Fév. 1964

144 - *FAVREAU, J.C., LAURIN, C.A.*

La maladie rhumatismale de l'enfance.
Un. Méd. Canada, 1963, 93, 848

145 - *FISCHER, D.A., PANOS, T.C., MELBY, J.C.*

Intermittent corticosteroid therapy of juvenile rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum., 1964, 47, 413

146 - *FISH, A.J., MICHEL, A.F., GEWURZ, H., GOOD, A.*

Immunopathologic changes in rheumatoid arthritis synovium.
Arthritis Rheum., 1966, 9, 267

147 - *FONTAN-VERGER*

Forme atypique de la maladie de Still (Subsepsis allergica).
Arch. Franç. Péd., 1948, 5, 359

148 - *FORESTIER, J., JACQUELINE, F., CANET, L.*

Les rhumatismes chroniques inflammatoires de l'enfant.
Etude clinique et radiologique.
Rhumatologie, 1959, 11, 53

.../..

149 - *FORNARA, P.*

Du rhumatisme aux maladies du collagène.
Pédiatrie, 1964, 1, 9

150 - *FORSY, Th.*

Calcification of digital vessels in child with rheumatoid arthritis.
Arch. Dis. Child., 1960, 35, 296

151 - *FRANCON, F.*

Contribution à l'étude des rhumatismes chroniques progressifs inflammatoires de l'enfance.
Praxis, 1954, 43, 568

152 - *FRANCON, F.*

Les rhumatismes inflammatoires chroniques de l'enfance.
Un. Méd. Canada, 1962, 9, 973

153 - *FRANCON, F.*

A propos de la maladie de Still : le tracé thermique, les fractures.
Progr. Méd. (Paris), 1961, 13, 279

154 - *FRANCON, F.*

Les rhumatismes chroniques inflammatoires de l'enfance.
Reumatismo, 1963, 15, 39

155 - *FRANCON, F., du LAC, G., LEROY, J., ISACHALOS, P., FAIDHERBE, P.*

Polyarthrite chronique déformante et ankylosante très atypique de l'enfance.
Rhumatologie, 1957, 21, 127

156 - *FANCON, F., ROGNANT*

Un cas de rhumatisme inflammatoire de l'enfant ; Prétendument maladie de Still ; suivi de 1930 à 1961.
Presse Méd., 1962, 550, 2425

.../..

157 - FREIDMAN, S.

The innocent (functionnal) cardiac murmurs of childhood.
Clin. Pédiat. (Phila.), 1965, 4, 77

158 - FRIIS, HANSEN, JOHANSEN

Laboratory tests in juvenile rheumatoid arthritis.
Acta Rheum. Scand., 1964, 10, 267

159 - FRIIS-HANSEN, B., JOHANSEN, P.E.

Laboratory tests in juvenile rheumatoid arthritis.
Excerpta Med. Arthr. Rheum. Abstr. N° s 2119, 1, 8, 469, Août 1965

160 - FUDENBERG, H., GERMAN, J.L., KUNKEL, H.G.

The occurrence of rheumatoid factor and other abnormalities in families of patients with agammaglobulinemia.
Arthritis Rheum., 1962, 5, 565

161 - FURST, C.

Steroid cataract.
Ann. Rheum. Dis., 1966, 25, 364

162 - FYFE, W.N.

Rheumatic arthritis in chilhood.
Glasgow Med. J., 1955, 36, 102

163 - GAISFORD, W.

Fatality after oxyphenylbutazone in Still's disease.
Brit. Med. J., 1962, 2, 1517

164 - GAUME, J.

Du rhumatisme chronique inflammatoire de l'enfant.
Rev. Lyonnaise de Méd., 15, 9, 416, 15 Mai 1966

165 - GAULME, J.

Du rhumatisme chronique inflammatoire de l'enfant. A propos de 20 observations.
Thèse, Clermont-Ferrand, AGEMP edit. 1964

.../..

166 - *GIBSON, G.*

Current methods of treatment juvenile rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum., 1962, 5, 211

167 - *GERMAIN, G.*

Evolution de 7 cas d'arthrite juvénile.
Union Méd. Canada, 92, 2, 187, Fév. 1963

168 - *GERMAIN,G.*

Evolution de 7 cas d'arthrite juvénile.
Un. Méd. Canada, 1963, 2, 187

169 - *GOTZE, M.*

Indomethacin symposium.
Rapports, 1 vol. Merck Sharp et Dohme
Nederland, Mars 1966, p. 95

170 - *GORANOV, G. et coll.*

Cardiac changes in juvenile rheumatoid arthritis.
Pediatria, 1966, 5/5/, 444.
Excerpta Medica Arthr. & Rheum., 3, 8, 166,
Août 1967

171 - *GRABAR-DUVERNAY, J., GRABAR-DUVERNAY, R.*

A propos des coxites, première manifestation de la polyarthrite chronique rhumatismale.
Rev. Rhum., 1966, 33, 343

172 - *GRIFFIN, P. P. et coll.*

Pauciarticular arthritis in children.
J. A. M. A., 184, 1, 23, 6 Avril 1963

173 - *GRIFFIN, P. P., TACHDJIAN, M. O., GREEN, W. T.*

Pauci-articular arthritis in children.
J. A. M. A., 1963, 184, 23

174 - *GRISLAIN, J. R., MAINARS, R.*

Périartérite noueuse de l'enfant.
Med. Infant., 1966, 73, 675

.../..

175 - GRISLAIN, J.R., FERROW, JALABERT, MAINARS, BERRANGER

Etude du rhumatisme chronique déformant et ankylosant de l'enfant. A propos de 2 cas personnels.
J. Méd. Nantes, 1962, 2, 121

176 - GRUMBACH, Melle R., KAPLAN, M.

Le traitement au long cours d'une polyarthrite chronique à forme de maladie de Still.
Bull. & Mem. Soc. Med. Hôp. Paris, 118, 8, 809, 12, 19 et 26 Mai 1967

177 - GROKOEST, A., SNYDER, A., SCHLAEGER, R.

Juvenile rheumatoid arthritis.
Boston, Little-Brown & Cie, 1962

178 - GROKOEST, A. W. et coll.

Juvenile rheumatoid arthritis.
1 vol., 120 p. - Little-Brown & Cie, Boston 1962.
Arch. Int. Med., 113, 3, 476, Mars 1964

179 - GROSSMAN, B.J., OZOA, N.F., ARYA, S.C.

Problems in juvenile rheumatoid arthritis.
Med. Clin. N. Amer., 1965, 49, 33

180 - GUNZBURG, J.

Un cas de polyarthrite chronique déformante et ankylosante de l'enfance.
J. Belge Med. Phys. et Rhum., 19, Janv. Fév. 64, Fasc. 1, 34.
Le Dauphiné Méd., 78, 180, Juin-Juillet 1966

181 - HAMARD, M., CANNAT, A., SELIGMAN, M.

La recherche d'auto-anticorps anti-nucléaires par immunofluorescence. (Etude de 1430 sérums).
Rev. Fran. Et. Clin. Biol., 1964, 9, 716

182 - HANSON

The significance of elevated serum uric level in juvenile rheumatoid arthritis.
Am. J. Dis. Child., 1961, 102, 617

.../..

183 - *HARNAGEL, E.*

Long term of Prednisone and Prednisolone in juvenile rheumatoid arthritis.
Am. J. Dis. Child., 1959, 97, 426

184 - *HAYEM, F.*

Les polyarthrites de l'enfant.
In : L'actualité rhumatologique, 1965-1966, présentée au praticien. L'Expansion Edit., 1965, p. 47

185 - *HAYEM, F.*

Les polyarthrites de l'enfant.
Le Pédiatre Parisien, 2, 15, 369, Juin 1966

186 - *HAYEM, F.*

Complications cardiaques de l'arthrite rhumatoïde juvénile.
Thèse, Paris 1958

187 - *HAYEM, F., MOZZICONACCI, P.*

Les manifestations cardiaques de polyarthrites subaigües de l'enfant.
Coeur et Méd. Interne, , 4, 459, Oct. 1966 (21 réf.)

188 - *HIJMANS, J.C., ENZER, N.B.*

Ulcerative colitis in chilhood. A study of 93 cases.
Pediatrics, 1962, 29, 389

189 - *HERRAULT, A., COHEN-SOLAL, J. et DUHAMEL, A.*

Les rhumatismes chroniques de l'enfant.
La Méd. Infantile, 72, 6, 391, Juin-Juil. 1965

190 - *HEDBERG, G.*

The depressed synovial complement activity in adult and juvenile rheumatoid arthritis.
Acta Rheum. Scand., 1964, 10, 109

191 - *JACOBS, P.*

Ankylosing spondylitis in children and adolescents.
Arch. Dis. Child., 1963, 38, 492

.../..

192 - JACOBS, P.

Radiological findings in spinal arthritis in children.
Rheumatism, 1965, 21, 95

193 - JACOBS, J. C.

Systemic lupus erythematosis in childhood.
Pediatrics, 1963, 32, 257

194 - JACOBS, J. C.

Sudden death in arthritis children receiving large doses of Indomethacin.
J. A. M. A., 1967, 199, 932

195 - JACQUELINE, F., BOUJOT, A., CANET, L.

Involvement of the hip in juvenile rheumatoid arthritis.
Arthr. Rheum., 1961, 4, 500

196 - JANBON, M., BERTRAND, L., SALVAING, J.

Un cas de maladie de Still avec érythème récidivant (Ses rapports avec le syndrome décrit par Wissler)
Arch. Franç. Péd., 1950, 7, 99

197 - JEREMY, R. et coll.

Juvenile rheumatoid arthritis persisting into adulthood.
Am. J. Med., 45, 3, 419, Sept. 1968 (28 réf.)

198 - JOB, J. C., CANLORBE, P., DELBARRE, F. ROSSIERS, A.

Croissance et corticothérapie,
Ann. Pédiat., 1966, 42, 6/2, 129

199 - JONNSON, E., NETTELBLADT, E., SUNBLAD, L., WESLAU, A.

Arthritis rheumatoid adolescentium.
Acta Rheum. Scand., 1964, 10, 3

200 - JOBIN, D.

Le devenir des polyarthrites de l'enfant.
Mem. Assistant Etranger, Paris 1965, 67 p.
Rev. Rheum., 33, 5, 277, Mai 1966.
Union Méd. Canada, 95, 4, 393, Avril 1966

.../..

201 - JORDAN, J. D.

Cardiopulmonary manifestations of rheumatoid disease in childhood.
Southern Med. J., 1964, 57, 1273

202 - JUIF, J. G.

Les polyarthrites chroniques de l'enfant. Etude clinique et thérapeutique.
Thèse, Strasbourg 1953

203 - JULKVIEN, H.

Rheumatoid spondylitis (clinical and laboratory study of 149 cases compared with 182 cases of rheumatoid arthritis).
Acta Rheum. Scand., 1962, suppl. 4

204 - KAHN, M. F.

Les examens de laboratoire dans les rhumatismes inflammatoires chroniques de l'enfant.
Med. Infant., 1965, 6, 437

205 - KANTOR - TANNER

Rubella arthritis and rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum., 1962, 5, 378

206 - KASS, E.

Serologiske funn ved juvenil rheumatoid arthritis.
Nord. Med., 1966, 76, 825

207 - KASS, E.

Les anomalies sérologiques dans la polyarthrite rhumatoïde juvénile.
Acta Rheum. Scand., 1967, 13, 8.
Rev. du Rhum., 35, 3, 147, Mars 1968

208 - KEITH, J. D., ROWE, R. D., VLAD, P.

Heart disease in infancy and childhood.
New York, Mac Millan, 1958, 661-663-689

209 - KELLEY, V. C.

Rheumatoid disease in childhood.
Pediat. Clin. N. Amer., 1960, 7, 435

.../..

210 - KELLGREN, J. H.

Epidemiology of rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum., 1966, 9, 658

211 - KELSEY, W. M.

Rheumatoid disease in juvenile patients.
J. Ped., St. Louis, 1961, 2, 227

212 - KELSEY, W. M., SCHARYT, M.

Fatal hepatitis probably due to Indomethacin.
J. A. M. A., 1967, 199, 586

213 - KLINKE, K.

Zur chronischen Polyarthritis im Kindersalder.
Internist (Berl.), 1961, 2, 431

214 - KNAPP, M. E.

Physical medicine rhehabilitation for arthritis in children.
J. A. M. A., 1960, 174, 1951

215 - KOLLE, G.

Anemia in rheumatoid arthritis in childhood.
Rapport Xème Congrès de la Ligue Intern. contre les rhumatismes - Rome 1961

216 - KOLLE, G.

Klinik un therapie der rheumatoiden arthritis. (Primär chronische polyarthritis).
Kindsalber - Kinderärz liche Praxis, 1962, 30, 109

217 - KORELITZ, B. I., GRIBETZ, D., DANZIGER, I.

The prognosis of ulcerative colitis with outset in children.
Ann. Inter. Med., 1962, 57, 582

218 - KORNREICH, H. K., DREXLER, E., HANSON, V.

Antinuclear factors in childhood rheumatic disease.
Pediatrics, 1966, 69, 1039

.../..

219 - KUDELKA, P.

No specific arthritis in children. A review of 105 cases.
Med. J. Aust., 1959, 46, 508

220 - LAAKSONEN, A. L.

A prognostic study of juvenile rheumatoid arthritis, analysis of 544 cases.
Mises à jour de Med. Prat., X, 10, 836, Déc. 1966.
Acta Paediat. Scand., Suppl. 166, 1, 168, Mai 1966.

221 - LAAKSONEN, A. L., LAINE, V.

A comparative study of joint jain in adult and juvenile rheumatoid arthritis.
Ann. Rheum. Dis., 1961, 20, 386

222 - LABRUNE, B.

Le syndrome de Wissler-Fanconi. A propos de 5 cas personnels.
Thèse, Paris 1962

223 - LAMBERT et coll.

Premiers résultats d'un traitement hormonal de la polyarthrite rhumatismale (Maladie de Still).
Acta Paediatrica Belg., Bruxelles, 5, 1, 1951, 58.
Sem. Hôp. Paris, 75, 2981, 10 Oct. 1951.

224 - LAMY, M.

Maladie de Still.
Rev. Rhum., 1951, 18, 344

225 - LAMY, M., AUSSANNAIRE, M., JAMMET, M. L.

Les rhumatismes chroniques de l'enfance.
Rev. Prat., 1962, 12, 1399

226 - LAMY, M.

Les rhumatismes chroniques de l'enfance.
Echos de Med., 39, 1, 1, Janv. 1968, 1er

227 - LAMY, M., JAMMET, M. J., AUSSANNAIRE, M.

XIème Congrès Péd. Langue Franç., Lyon 1947, Rapports Cartier edit., III, 449

.../..

228 - *LAOUSSADI, S.*

Les spondylarthrites ankylosantes infantiles et juvéniles.
Thèse, Alger 1969.

229 - *LAURIN, C. A., FAVREAU, J. C.*

Rheumatoid disease in children.
Can. Med. Assoc. J., 1963, 89, 288

230 - *LAWRENCE, J. S.*

Prevalence of rheumatoid arthritis.
Ann. Rheum. Dis., 1961, 20, 11

231 - *LAWRENCE, J. S.*

Genetic studies on rheumatoid arthritis.
Ann. J. Public Health, 1962, 52, 1689

232 - *LAWRENCE, J. S., BALL, J.*

Genetic studies on rheumatoid arthritis.
Ann. Rheum. Dis., 1958, 17, 160

233 - *LAWRENCE - BENNET*

Benign polyarthritis.
Ann. Rheum. Dis., 1960, 19, 20

234 - *LENG-LEVY, T., DAVID-CHAUSSEE, J., LAPORTE, J.*

La croissance au cours de la maladie de Still traitée par la corticothérapie prolongée.
Toulouse méd., 1961, 62, 187

235 - *LEVEQUE, B., DESBOIS, J. C.*

Note préliminaire sur le traitement par l'Indométhacine des polyarthrites chroniques infantiles.
IIèmes Journées de Rhumatologie Franco-Italo-Suisses - Florence, 23-25 Septembre 1966

236 - *LEVEQUE, B., DONEA, M.*

L'utilisation des médications "Immuno-suppressives" chez l'enfant.
Ann. Pédiat., 1967, 15, 756

.../..

237 - *LEWENFISZ-WOJNAROWSKA, T., JABLONSKA, J., ZAORSKA, B.*

Lésions de la peau apparemment saine, au cours de la maladie rhumatismale chez les enfants.
Arch. Franç. Péd., 1960, 17, 655

238 - *LIETMAN, P.S., BYWATERS, E.G.L.*

Pericarditis in juvenile rheumatoid arthritis.
Pediatrics, 1963, 855

239 - *LINDBJERG, I.B.F.*

Juvenile rheumatoid arthritis; A fellow up of 75 cases.
Arch. Dis. Child., 1964, 39, 576

240 - *LOCKIE, L.M., NORCROSS, B.M.*

Juvenile rheumatoid arthritis.
Pediatrics, 1948, 2, 694

241 - *LOUIS, R.*

Les polyarthrites chroniques de l'enfant.
Arch. Med. Angers, 65, 1, 39, Janv. Févr. 1964

242 - *LOJACONO, J., LONGO, L., LA NOTTE, SARCINELLA, G.G.*

La malattia di Wissler-Fanconi.
Minerva Pediat., 1965, 17, 515

243 - *LOJACONO, F., LA NOTTE, G., PAPADIA, J.*

La malattia del collageno. Considerazioni su di un caso di associazione della malattia di Still con la dermatomiosis.
Excerp. Med., Arthr. Rheum., Abstr., s 1305, 1, 5, 292, Mai 1965

244 - *MAC EWEN, C., ZIFF, M., CARMEL, R., DIFATA, D., TANNER, M.*

The relations to rheumatoid arthritis of its so-called variants.
Arthritis, Rheum., 1958, 6, 481

.../..

245 - MAC MINN, F.J., BYWATERS, E.G.L.

Differences between the fever of Still's disease and that of rheumatic fever.
Ann. Rheum. Dis., 1959, 18, 293

246 - MANASSERO et coll.

Polyarthrite chronique à début exceptionnellement précoce.
Pédiatrie, 20, 8, 979, Déc. 1965

247 - MANASSERO, J., VAILLANT, J.M., SWARTE, M. de

Arthrite rhumatoïde chez un très jeune enfant traité par les moutardes azotées.
Pédiatrie, XXII, 5, 583, Juillet-Août 1967

248 - MANHEIMER, R.H., GREENE, K.R.C., KROLL, F.

Juvenile rheumatoid arthritis in New-York. 161 cases.
Arch. of Ped., 1959, 76, 173

249 - MARIE, J., LEVEQUE, B., DESBOIS, J.C., PHAMGIA-GHUNG

La polyarthrite rhumatoïde de l'enfant et le phénomène de nucléo-phagocytose.
Ann. Pédiat. (Paris), 1964, 49/14, 2525

250 - MARIE, J., LEVEQUE, B., DESBOIS, J.C.

La polyarthrite rhumatoïde de l'enfance et le phénomène de nucléo-phagocytose (à propos de 4 observations avec présence de cellules de Hargraves).
Excerp. Med. Arthr. Rheum. Abstr., s 1308, 1, 5, 292, Mai 1965

251 - MARIE, J., SEE, G.

Le traitement hormonal de la maladie de Still.
Pédiatrie, 1955, 10, 811

.../..

252 - MARIE, J.

La polyarthrite rhumatoïde de l'enfance et le phénomène de nucléophagocytose (à propos de 4 observations avec présence de cellules de Hargraves).
Sem. Hôp. An. Ped., 40, 47/11, 2523, 2 Nove. 1964

253 - MARTEL, W., DUFF, J.F.

Pelvis spondylitis in rheumatoid arthritis.
Radiology, 1961, 77, 744

254 - MARTEL, W., HOLT, J.F., CASSIDY, J.T.

Roentgenologic manifestations of juvenile rheumatoid arthritis.
Amer. J. Roentgen., 1962, 88, 400

255 - MASI, A.T., SHULMAN, L.E.

Familial agregation and rheumatoid disease.
Arthritis Rheum., 1965, 8, 418

256 - MARTEL, W. et coll.

Signes radiologiques de la polyarthrite juvénile.
Rev. Rhum., 30, 4, 217, Avril 1963

257 - MICHENER, W.M., BROWN, C., TURNBULL, R.B.

Ulcerative colitis in children.
Am. J. Dis. Child., 1964, 108, 230

258 - MIDDLEMISS, J.H.

Juvenile rheumatoid arthritis (Still's disease).
Proc. Roy. Soc. Med., 1951, 44, 805

259 - MILLER, D.S.

Monoarticular arthritis of children.
Med. Clin. N. Amer., 1965, 49, 49

260 - MILLER, J.J., HENRICH, V.L., BRANDSTRUP, N.E.

Sex difference in incidence of anti-nuclear factors in juvenile rheumatoid arthritis.
Pediatrics, 1966, 38, 916

.../..

261 - MERCIER, R. H.

Rheumatoid disease in children.
J. Amer. Osteopath., 1962, 61, 911

262 - MOES, C. A. F.

Spondylarthritis in childhood.
Amer. J. Roentgen., 1964, 91, 578

263 - MOZZICONACCI, P.

La polyarthrite chronique évolutive de l'enfant. (Conférence d'actualité) 13 Février 1965.
Conc. Méd., 88, 6, 837, 5 Fév. 1966

264 - MOZZICONACCI, P.

Les débuts aigüs de l'arthrite rhumatoïde infantile.
Entretiens de Bichat, Médecine, 129, 1966

265 - MOZZICONACCI, P., HAYEM, F.

La péricardite de la maladie de Still.
Rev. Rhum., 1962, 29, 1

266 - MOZZICONACCI, P., HAYEM, F.

Formes cliniques des polyarthrites chroniques de l'enfant.
Bull. Med. Soc. Med. Hôp. Paris, 118, 8, 763, 12, 19 et 26 Mai 1967 (17 réf.)

267 - MOZZICONACCI et coll.

Les oligo-arthrites chroniques de l'enfant.
Rev. Rhum., 34, 9, 471, Sept. 1967 (14 réf.)

268 - NEUSTADJ, D. H.

Agamma-globulinemia and arthritis.
Rheumatism, 1965, 21, 45

269 - NORCROSS, B. M., LOCKIE, L. M., Mac LEOD, C. C.

Juvenile rheumatoid arthritis.
in Progress in arthritis, TALBOTT et LOCKIE)
1 vol., 456 p., New-York, 1958, Grune and Stratton edit.

.../..

270 - NORDIO, S., GIORDANO, S., BIANCHEDI, S.

La malattia di Wissler-Fanconi.
Minerva Pediat., 1964, 16, 1377

271 - NORTH, A.F., HARRIS, C., GIBBON, W. et coll.

Sarcoid arthritis in children. A clinical syndrome Kapport annual meeting of the american rheumatism association.
Denver - U.S.A., 1er Juin 1966

272 - NORTH, A.F. Jr.

Bilateral symetrical march-fractures simulating juvenile rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum., 1966, 9, 1

273 - OELNITZ, A d', FABRE, L., GIOANNI, Th.

Une forme particulière de polyarthrite infantile. Le syndrome de Wissler-Fanconi.
Arch. Franç. Ped., 1950, 7, 426

274 - PALASTHY, G.

Anderungen der Allergie-Lage Während der primär-chronischen Polyarthritis im Kindesalter.
Excerp. Med. (Arthr. Rheum.) Abstr., s 1307, 1, 5, 292, Mai 1965

275 - PARODIS, F.

A propos de 5 cas de maladie de Still.
Thèse, Paris 1963

276 - PLATT, J.W., SCHLESINGER, B.E., BENSON, P.F.

Ulcerative colitis in childhood : A study of its natural history.
Quart. J. Med., 1960, 29, 257

277 - PEKIN, T.J., ZVAIFLER, N.J.

Hemolytic complement in synovial fluid.
J. Clin. Invest., 1964, 43, 1372

.../..

278 - *PELTIER, A.*

Le facteur rhumatoïde. Signification du phénomène.
Rev. Rhum., 1963, 30, 137

279 - *PELTIER, A., COSTE, F., DELBARRE, F.*

Etudes sur le complément hémolytique dans certaines maladies articulaires.
Presse Méd., 1966, 74, 1523

280 - *PIETROWA et coll.*

Early ophtalmic changes as the first manifestation of juvenile rheumatoid arthritis.
Excerp. Med. Arthr. et Rheum., 3, 9, 192, Sept. 1967

281 - *PORTIS, R. B.*

Pathology of chronic arthritis in children.
Amer. J. Dis. Child., 1938, 55, 1000

282 - *PRICE, A.*

Juvenile rheumatoid arthritis and occupational therapy.
Am. J. Occup. Ther., 1965, 19, 249

283 - *PHAM-GIA-CHUNG*

Contribution à l'étude du rapport entre le P. C. E. et le L. E. D. de l'enfant.
Thèse, Paris 1964

284 - *Rhumatismes chroniques de l'enfance.*
Rapports du XIème congrès des Pédiatres de Langue Française. Lyon - Cartier edit. 1947

285 - *REEVES, B.*

Development of an os calcaneal spurin a boy between the ages of 10 and 14 years.
Ann. Rheum. Dis., 1965, 24, 66

286 - *ROMANO, G., GEMME, G., PONGIGLIONE, R. RAFFAELI, E.*

Aspetti cardiologici della malattia reumatoid.
Minerva Pediat., 1964, 16, 1415

.../..

287 - *ROSS JEREMY, SCHALLER, J., WEDWOOD, R. J.*

Juvenile rheumatoid arthritis persisting into adulthood.
Annual meeting of the American Rheumatism association (rapport).
Denver - U. S. A., 1er Juin 1966

288 - *ROUSSEAU, J. C.*

Rhumatismes inflammatoires chroniques et amylose.
Thèse, Paris 1965

289 - *SAIRANEN, E.*

On rheumatoid arthritis in children. A clinic roentgenologic study.
Acta Rheum. Scand., 1958, suppl. 2

290 - *SAIRANEN, E., HELMINEN-PAKKALA, E.*

Acta radiol., 4, 86, 1966.
Clin. Med., 74, 7, 56, Juil. 1967

291 - *SACREZ, R., JUIF, J. G.*

Etude critique de quelques observations de rhumatisme chronique de l'enfant.
Arch. Franç. Ped., 1957, 14, 622

292 - *SAIRANEN, E.*

Growth disturbance of the mandible in juvenile rheumatoid arthritis.
Acta Radiol., 1966, 4, 86

293 - *SAIRANEN, E.*

On micrognathia in juvenile rheumatoid arthritis.
Acta Rheum. Scand., 1964, 10, 133

294 - *SAIRANEN, E., LAAKSONEN, A. L.*

The results of gold therapy in juvenile rheumatoid arthritis.
Ann. Paed. Fenn., 1964, 10, 274

.../..

295 - SAIRANEN, E., LAAKSONEN, A. L.

The toxicity of gold therapy in children suffering from rheumatoid arthritis.
Ann. Paed. Fenn., 1962, 8, 105

296 - SCHLESINGER, B. E.

Rheumatoid arthritis in the young.
Brit. Med. J., 1949, 2, 197

297 - SCHALLER, J. et coll.

Iridocyclitis in juvenile rheumatoid arthritis.
Arthr. Rheum., XI, 1, 116, Fév. 1968

298 - SCHLESINGER, B.

The course of Still's disease and results of steroid therapy.
Acta Paediat., 1962, 51, 97

299 - SCHLESINGER, B., FORSYTH, C. C., WHITE, R. H. R., SMELLIE, J. M., STROUN, C. E.

Observations on the clinical course and treatment of 100 cases of Still's disease.
Arch. Dis. Child., 1961, 36, 65

300 - SCHMID, F. R., OGATA, R. I.

Synovial fluid evaluation in joint disease.
Med. Clin. N. Amer., 1965, 49, 165

301 - SCHUBART, A. F., EWALD, R. W., SCHROEDER, W. C., et coll.

Serum complement levels in rheumatoid arthritis.
Ann. Rheum. Dis., 1965, 24, 439

302 - SELIGMAN, M., CANNAT, A., HAMARD, M.

Studies on anti-nuclear antibodies.
Ann. of the N. Y. Acad. Sci., 1965, 124, 816

303 - SEPPALA, P.

Synovial fluid in rheumatoid arthritis.
Scand. J. Clin. Lab. Invest., 1964, suppl. 79

.../..

304 - *SEZE de, S., KAHAN, M.F. et coll.*

Notre expérience de l'atteinte articulaire au cours de la rectocolite hémorragique.
Bull. Soc. Med. Hôp. Paris, 1965, 116, 225

305 - *SEZE de, S., RYCKEWAERT, A.*

Maladies des os et des articulations.
Flammarion, 1954

306 - *SEZE de, M.*

Le lupus érythémateux disséminé en milieu rhumatologique.
Mémoire pour l'obtention du C.E.S. de Rhumatologie, 1966

307 - *SHARP, J.T., CALCKINS, E., COHEN, A.S. et coll.*

Observations on the clinical, chemical and serological manifestations of rheumatoid arthritis ; based on the course of 154 cases.
Medecine, 1965, 43, 41

308 - *SIEVERS, K., AHVONEN, P.*

Serological patterns in juvenile rheumatoid arthritis.
Rheumatism, 1963, 19, 88

309 - *SMILEY, W.K.*

The visual prognosis in Still's disease with eye involvement.
Proc. Roy. Soc. Med., 1960, 53, 196

310 - *SMITH, E. et coll.*

Amyloïdose après la maladie de Still.
Ann. Rheum. Dis., 27, 1968, 137.
Deuts. Med. Woch., 93, 34, 16, 23 Août 1968

311 - *SPODICK, H.D.*

Still's syndrome in juvenile rheumatoid arthritis.
Arch. Paediat., 1951, 68, 274

.../..

312 - SOREL, R., DALOUS, A., SALANOVA, Mme et coll.

Syndrome dysentérique et polyarthrite. A propos d'un cas.
Toulouse Méd., 63, 5, 526, Mai 1962

313 - STECHER, R. M., HERSCH, A. H., SOLOMON, W. N., WOLPOW, R.

Geneties of rheumatoid arthritis. Analysis of 224 families.
Ann. J. Rheum. Genet., 1953, 5, 118

314 - STECHER, R. M.

Hérédité de l'arthrite rhumatoïde.
J. Belge Méd. Phys. Rhum., 1958, 13, 2 et 3 103

315 - STEINBROCKER, O., TRAEGER, C. J., BATTERMAN, R. C.

Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis.
J. A. M. A., 1949, 140, 659

316 - STILL, G. F.

On a form of chronic joint disease in children.
Med. Chir. Trans., 1897, 80, 47.
Re. Imp. In Arch. Dis. Child., 1941, 16, 156

317 - STOEBER, E.

Problèmes nouveaux posés par la polyarthrite chronique évolutive des enfants.
Med. Et. Hyg., 777, 449, 26 Avril 1967

318 - STOEBER, E., KOLL, G.

Experience with indomethacin in juvenile rheumatoid arthritis and in Still's disease.
Symposium d'information de Fribourg. Mai 1966.
p. 330-333, Urban Sthwarzenberg edit. 1966

319 - STOEBER, E., KOLLE, G., GRANER, H. P.

Traitement immuno-suppressif chez les enfants. fants. Premières observations avec l'azothioprine. Imuran dans le syndrome de Still et la PCE.
Munch. Med. Wosch., 109, 37, 1892, 15. 9. 67

.../..

320 - STOEBER, E., SANGER, L., KOLLE, G.

Traitement de la P. C. E. juvénile par l'indométhacine.
Munch. Med. Wschr., 110, 9, 548, 1 Mars 68.

321 - STROM, J.

Wissler' syndrome.
Acta Paediat. Scand., 1965, 54, 91

322 - STRANGEGYE, T. L., Jr.

Periodic arthralgia.
J. A. M. A., 197, 1, 4 Juillet 1966

323 - SUNDBERG, J., BRATTSTROM, M.

Juvenile rheumatoid gonarthritis.
II - Disturbance of ossification and growth.
Acta Rheum. Scand., 1965, 21, 279

324 - STORA

Les polyarthrites juvéniles.
Génie Méd., 239, 19 Janv. 1968

325 - SURY, B.

Rheumatoid arthritis in children. A clinical study.
Ejnar. Munksgaards (Copenhage), 1952

326 - SURY, B.

Late prognosis in juvenile rheumatoid arthritis.
Atti del Xème congresso del la lega internazionale contro il reumatismo- Torino 1961

327 - SURY, B.

Rheumatoid arthritis in children. A clinical study.
Thesis - Hunksgaord (Copenhagen) 1952

328 - SWIECICKA, K. et KOSSOWSKI, R.

Electrocardiographic changes in juvenile rheumatoid arthritis.
Reumatologia, 1966, 4/4, 311.
Excerpt. Med. Arthr. Rheum., 3, 9, 192, Sept. 1967

.../..

329 - *TOUMBIS, A., FRANKLIN, E. C., Mac EWEN, C., KUTTNER, A. G.*

Clinical and serological observations in patients with juvenile rheumatoid arthritis.
J. Pediat., 1963, 62, 463

330 - *VANACE, P. W.*

Serological tests in juvenile rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum., 1960, 3, 469

331 - *VANACE, P. W., TUNCALI, M.*

The incidence and types of heart disease associated with J. R. A.
Arthrit. Rheum., 1962, 5, 326

332 - *VAN DER MEER, P.*

Rheumatoid arthritis and the cervical spine.
Acta Rheum. Scand., 1965, 11, 81

333 - *VESTERMARK, S.*

Wissler's syndrome.
Acta Paediat., 1960, 49, 90

334 - *VANEZ, J. E., THOMSON, G. R., et coll.*

Rubella arthritis.
Ann. Inter. Med., 1966, 64, 772

335 - *VERGER, P. et coll.*

Les complications cardiaques de la maladie de Still. A propos de deux observations ; exploration angiocardiographique, dans l'une d'elles.

336 - *WALSH, S.*

Some clinical fractures of J. R. A.
Med. J. of Aus., 1962, 1, 507

337 - *VECCHIO, C.*

La technique de précipitations selon Badin dans le diagnostic sérologique de la Maladie de Still.
Reumatismo, XVIII, 2, 120, Mars-Avril 1966

.../..

338 - *VERGER, P., GUILLARD, J. M., THEODORIDES, M.*

Deux cas de fièvre prolongée de nature incertaine. Maladie de Still.
Arch. Franç. Pediat. XXIII, 6, 743, Juin-Juil. 1966

339 - *Excerpta Med. Arthr. and Rheumat.*
4 résumés, 3, 10, 226, Oct. 1967

340 - *WARD, D. J., JOHNSON, G. D., HOLBORDW, E.*

Anti-nuclear factor in rheumatoid arthritis ; its incidence and clinical significance.
Ann. Rheum. Dis., 1964, 23, 306

341 - *WASZ-HOCKERT, O., STENMAN, U. H., KOSTIA, J.*

Mono-arthritis in children.
Ann. Paediat. Fenn., 1965, 11, 119

342 - *WILLIAMS, R. C., LAW, D. H.*

Serum complement in connective tissue desorders.
J. Lab. Clin. Med., 1958, 52, 273

343 - *WEIL, J.*

Polyarthrite rhumatoïde de l'enfant.
Sem. Hôp. Paris, 1965, 41, 889

TABLE DES MATIERES

		Pages
INTRODUCTION	...	1
MATERIEL DE TRAVAIL	...	4
COMMENTAIRES	...	52'
I - Etiologie	...	53
II - Circonstances et modes de début	...	60
III - Phase de pleine évolution	...	66
IV - Manifestations extra-articulaires	...	84
V - Biologie	...	94
VI - Evolution	...	98
VII - Diagnostic	...	102
VIII - Thérapeutique	...	105
CONCLUSIONS	...	107
BIBLIOGRAPHIE	...	B
TABLEAUX ANNEXES (21)		
TABLE DES MATIERES		